



Universidad
Continental

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA
DE LA SALUD

**Control del estrés en los padres de
neonatos internados en la unidad de
cuidados intensivos neonatales del servicio
de neonatología-Hospital Nacional Ramiro
Prialé Prialé (EsSalud Huancayo) en el período
2017-2019**

Daniel Alejandro Lozano Moreno

Huancayo, 2017

Para optar el Grado Académico de Maestro en
Gestión Pública y Privada de la Salud



Repositorio Institucional Continental

Trabajo de Investigación



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

Asesor:

Mg. José Alberto Castro Quiroz

Dedicatoria

A los dos pedazos de mi corazón:

ALEJANDRO y PERLA

Por ser mi motor y fuente de infatigable energía para dar mi máximo esfuerzo y ser un ejemplo digno para su desarrollo personal, por compartir el tiempo destinado a su compañía con este proyecto de mejora y principalmente por brindarme siempre todo su cariño y amor.

A mi queridísima María Jesús:

Por todo el soporte, paciencia y apoyo en cada fin de semana en el que me acompañaste, por las innumerables lecturas y correcciones que has hecho a este Trabajo y sobre todo por ser imperfectamente perfecta para mí.

A mis Padres CESAR y ESTHER:

Por ser el espejo en el que me reflejo para hacer siempre todo de la única manera que se debe: Excelente; por ser modelos de sacrificio y honestidad a carta cabal y por quererme siempre a su particular manera.

A todos esos angelitos que salvamos día tras día y, sobre todo, a los que Dios decidió tener en su gloria, que iluminen nuestro camino y a sus Padres, para que encuentren el consuelo y la fuerza para seguir adelante.

Índice

Asesor:	i
Dedicatoria.....	ii
Índice	iii
Índice de Tablas	viii
Índice de Figuras	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	1
Capítulo I: Generalidades	6
1.1. Antecedentes	6
1.2. Determinación del problema	9
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos Generales y Específicos	20
1.5. Descripción del producto propuesto	20
1.6. Alcances y limitaciones	25
Capítulo II: El Diagnóstico	26
2.1. Propósito	26
2.2. Diagnóstico Organizacional	27
2.2.1. La Organización.....	27
2.2.2. Análisis Interno.....	45
2.2.3. Entorno Organizacional	55
2.2.4. Alianzas Estratégicas.....	65
2.2.5. Diagnóstico de Realidad Problema	66
2.2.6. Problemas Institucionales	69
Capítulo III: La Formulación.....	70
3.1. Marco Teórico	70
3.1.1. Bases teóricas.....	70
3.1.2. Definición de términos básicos.....	95
3.2. Objetivos del Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora	98
3.2.1. General.....	98
3.2.2. Especifico.....	98

3.3. Estrategias	98
3.4. Productos	99
Capítulo IV: La Propuesta De Implementación.....	106
4.1. Identificación de Recursos Críticos	106
4.1.1. Recursos Humanos.....	106
4.1.2. Recursos Financieros	108
4.1.3. Recursos Logísticos.....	110
4.1.4. Recurso Tiempo.....	111
4.2. Metas en período de 3 años:	112
4.3. Metodología y Técnicas	115
4.3.1. Delimitación de la realidad problema	115
4.3.2. Productos: Viabilidad y Factibilidad	117
4.4. Aspectos Administrativos:	120
Capítulo V: Análisis de Viabilidad y Factibilidad.....	124
5.1. Sistema de Análisis del Déficit de Capacidad Institucional (SADCI)	124
5.2. Metodología de Análisis de Juego de Actores (MACTOR)	149
5.2.1. Identificación de Actores que pueden influir en la implementación de los productos:	149
5.2.2. Relación de los actores con los productos propuestos:	150
5.2.3. Identificación de sinergias y divergencias:	151
Capítulo VI: El Control	152
6.1. Mecanismos de Monitoreo	152
6.2. Evaluación	155
Capítulo VII: La Síntesis.....	157
7.1. Análisis	157
7.1.1. Objetivo General.....	157
7.1.2. Objetivo Específico 2	162
7.1.3. Objetivo Específico 3	165
Conclusiones.....	167
Recomendaciones.....	169
Referencias Bibliográficas.....	171
Anexos	178
Anexo A: Detalle Del Producto.....	179
Anexo B: Detalle Del Producto.....	237

Anexo C: Detalle Del Producto.....	285
Anexo D: Matriz De Análisis Interno.....	291

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos), 2015.....	6
Gráfico 2: Evolución de la tasa de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez. Perú. 5 años previos a la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 1992 al 2015.....	7
Gráfico 3: Cuadro de Personal Ejecutivo, Asistencial y Administrativo del HNRPP (2016).....	30
Gráfico 4: Relación de Centros Asistenciales de la Red Asistencial Junín, con detalle de población adscrita (EsSalud – 2016).....	31
Gráfico 5: Detalle de Cartera de servicios del HNRPP.....	32
Gráfico 6: Nacidos vivos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (2010-2016).....	37
Gráfico 7: Tasas de Mortalidad Neonatal – Servicio de Neonatología (HNRPP).....	38
Gráfico 8: Comparación de la mortalidad neonatal global (x 1000 NV).....	38
Gráfico 9: Perfil epidemiológico de la UCIN – HNRPP.....	39
Gráfico 10: Organigrama funcional del Servicio de Neonatología del Hospital Ramiro Prialé Prialé – EsSalud	40
Gráfico 11 - Relación Jerárquica de las Áreas Orgánicas del Servicio de Neonatología.....	41
Gráfico 12 - Proceso de atención del neonato en UCIN – HNRPP.....	47
Gráfico 13: Número de partos y nacimientos de la Macro Región Centro –EsSalud (2015).....	56
Gráfico 14 - Organización del Sistema de Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud.....	61
Gráfico 15 - Diferencias por género en la respuesta frente al estrés.....	78
Gráfico 16: Modelo de cuidado centrado en la Familia - Malusky (2005).....	82
Gráfico 17: Cambios en las prácticas de cuidados centrados en la familia tras la intervención (Hernández NL et al. 2016).....	103

Gráfico 18: Presupuesto de la Propuesta de Mejora con respecto al Presupuesto inicial de apertura Red Asistencial Junín 2018.....	110
Gráfico 19: La organización como sistema socio-técnico estructurado (Modelo de Kast y Rosenzweig).....	116
Gráfico 20: Flujograma de procesos para el desarrollo del producto 1 (Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN).....	237
Gráfico 21: Procesos adicionales de acuerdo a necesidades identificadas con deseo expreso de los padres.....	238
Gráfico 22: Flujograma de Procesos del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.....	241
Gráfico 23: Ejes conceptuales, principios y resultados esperados del modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia.....	243
Gráfico 24: Acciones de involucramiento y transformación del modelo MSCF por parte de los profesionales.....	244

Índice de Tablas

Tabla 1: Indicadores hospitalarios de la UCIN – Servicio de Neonatología (HNRPP), Año 2016.....	11
Tabla 2: Artículos revisados sobre cuidado centrado en la familia (UCIN).....	17
Tabla 3: Etapas del programa de intervención.....	21
Tabla 4: Programación Asistencial en Unidades Neonatales de EsSalud.....	23
Tabla 5: Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Médico – Estimación mensual.....	24
Tabla 6: Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Enfermera (o) – Estimación anual.....	24
Tabla 7: Resumen del Presupuesto.....	110
Tabla 8: Metas en período de 3 años.....	112
Tabla 9: Aspectos Administrativos.....	120
Tabla 10: Formulario C – Actividades.....	125
Tabla 11: Formulario D1: Déficit de capacidades institucionales (DCI) por “reglas de juego” (ROG).....	128
Tabla 12: Formulario D2: DCI por Relaciones Interinstitucionales (IRR).....	132
Tabla 13: Formulario D3: DCI por Organización Interna – Organización y Asignación de Funciones (ORG).....	136
Tabla 14: Formulario D4: DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración (PPR).....	140
Tabla 15: Formulario D5: DCI relacionados con Habilidades Individuales (SKL).....	144
Tabla 16: Relación de los actores con los productos propuestos.....	151
Tabla 17: Programación de monitoreo por actividades – Productos.....	154
Tabla 18 - Definición de indicadores por productos – Cronograma de evaluación.....	156
Tabla 19: Etapas del programa de intervención.....	182
Tabla 20: Signos de estrés y autorregulación teniendo en cuenta los subsistemas de la teoría “interactiva”.....	197
Tabla 21: Dinámica de la visita de hermanos.....	262

Tabla 22: Dinámica de la visita de los abuelos.....	266
Tabla 23: Beneficios documentados del contacto piel a piel.....	273
Tabla 24: Programación Asistencial en Unidades Neonatales de EsSalud.....	288
Tabla 25: Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Médicos, con desagregado de actividades. Estimación mensual.....	288
Tabla 26: Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Enfermeras (os), con desagregado de actividades. Estimación anual.....	289
Tabla 27: Actividades adicionales al Manual de Organización y Funciones del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).....	290
Tabla 28: Instrumento para análisis interno.....	294

Índice de Figuras

Figura 1: Técnica de “Hand Swaddling”	84
Figura 2: “Facilitated tucking”	85
Figura 3: “Facilitated tucking” previo a inducción de succión.....	85
Figura 4: “Facilitated tucking” previo a venopunción.....	86
Figura 5: Almohadilla escapular.....	199
Figura 6: Nido de contención (supino).....	199
Figura 7: Nido de contención (prono).....	199
Figura 8: Técnicas de extracción manual de leche.....	209
Figura 9: Formas incorrectas de extracción manual.....	209
Figura 10: Técnica de “Hand Swaddling”	214
Figura 11: “Facilitated tucking”	214
Figura 12: “Facilitated tucking” previo a inducción de succión.....	215
Figura 13: “Facilitated tucking” previo a venopunción.....	215

Resumen

La presente Propuesta de Mejora busca controlar la aparición del estrés en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale mediante el diseño de productos que permitirán desarrollar un abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión, concientizar al personal asistencial de la UCIN con respecto al impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia, y disminuir la brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial.

Previa revisión de los antecedentes relacionados, así como de la literatura relevante recopilable, los productos específicos se desarrollaron tras identificar las brechas entre la realidad problema y la realidad ideal, utilizando la metodología de Kast y Rosenzweig para el análisis interno institucional y la Metodología de Collerette y Schneider para el análisis del entorno institucional. Tras ello, e identificando los recursos críticos necesarios para la consecución de nuestra propuesta de mejora, diseñamos un plan de trabajo con metas a tres años, un cronograma de actividades y un presupuesto para su ejecución. Se confirmó la viabilidad y factibilidad de la propuesta de mejora mediante la Metodología SADCI y MACTOR, y se definieron mecanismos de monitoreo y evaluación que garanticen la implementación del mismo.

Por ello, consideramos que los productos presentados son pertinentes, válidos y permitirán alcanzar los objetivos planteados de forma sostenible; por lo que recomendamos la implementación de esta propuesta de mejora.

PALABRAS CLAVE: Estrés parental, Cuidado centrado en la Familia, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

Abstract

This Improvement Plan proposes to control the occurrence of stress in the parents of neonates hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of Ramiro Prialé Prialé National Hospital through the design of products that will allow the development of a systematic approach to control parental stress in NICU in order to prevent its development or to prevent its progression, to make NICU care staff aware of the emotional impact of parents of hospitalized neonates within a Patient and Family-Centered approach to care, and to reduce the negative gap between supply and demand of care staff in the NICU that generates work overload to the care staff.

After reviewing the related background, as well as the relevant compiling literature, the specific products were developed after identifying the gaps between the reality problem and the ideal reality, using the methodology of Kast and Rosenzweig for the internal institutional analysis and the Collette and Schneider Methodology for the analysis of the institutional environment. After that, identifying the critical resources needed to achieve our Improvement Plan, we designed a work plan with three-year goals, a schedule of activities and a budget for its execution. The viability and feasibility of the Improvement Plan were confirmed through the SADCI and MACTOR Methodology, and monitoring and evaluation mechanisms were defined to ensure its implementation.

Therefore, we consider that the products presented are relevant, valid and will allow us to achieve the objectives set in a sustainable way; so, we recommend the implementation of this Improvement Plan.

KEY WORDS: Parental stress, Family-centered care, Neonatal Intensive Care Units.

Introducción

La labor asistencial dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud – Huancayo), por más de diez años ininterrumpidos, me ha permitido apreciar que no tenemos al frente como pacientes únicamente a nuestros neonatos enfermos, sino que su núcleo familiar (encabezado por sus padres) tiene igual o incluso mayor necesidad de cuidados, sobre todo con respecto a su estado emocional. Este fenómeno es universal en todos los entornos de cuidado crítico, independientemente del nivel socio-económico, ámbito geográfico, e incluso ha sido descrito en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos, pediátricas y, en específico, en el área neonatal desde hace más de diez años.

La experiencia de enfrentarse a la muerte de un ser indefenso, largamente esperado y objeto del más grande amor que puede profesar un ser humano, sumada a la falta de mecanismos expresos de soporte o afrontamiento amplifica el impacto de esta traumática circunstancia; que marca no solamente a padres y familiares, sino que lentamente orada nuestro espíritu y nos hace sentir impotentes frente a este tipo de desenlaces.

Diversas investigaciones citadas en este Trabajo ponen en evidencia los efectos negativos significativos a largo plazos ante el desarrollo de trastornos de estrés en los padres de neonatos internados en UCIN, que afectan su actividad laboral, dinámica familiar e incluso de pareja, así como incrementan la posibilidad de aparición de otros trastornos mentales.

Es por ello que consideramos oportuno desarrollar estrategias precisas a fin de combatir este problema dentro de una propuesta integral de mejora, lo que va de la mano con la aplicación de modelos de cuidado neonatal que integren a la familia de forma progresiva en la labor asistencial, que permitan incrementar el conocimiento de la patología, pronóstico y estado de los neonatos hospitalizados y sobre todo brinden soporte estructurado frente a situaciones de estrés parental.

Consideramos necesaria para dicha implementación, la capacitación progresiva del personal involucrado en el cuidado de salud de la UCIN, así como el incremento de recursos humanos en cantidad y calidad necesarias para garantizar la sostenibilidad y eficiencia de esta propuesta.

El Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia diseñado de forma específica para las UCIN está siendo implementado de forma progresiva en Latinoamérica, aunque ya ha demostrado su notable efecto positivo en países del Primer Mundo generando no solo ahorro de recursos económicos y mejora de indicadores de morbilidad neonatal, sino un mayor grado de satisfacción por parte de los padres involucrados mediante su “empoderamiento” en el cuidado de su hijo, así como un cambio organizacional positivo que incrementa la calidad del cuidado de salud mediante la motivación del personal frente a una mejor percepción de la importancia de su trabajo. Por ello, es la base principal para el desarrollo de esta propuesta.

La presente Propuesta de Mejora estará desarrollada en siete capítulos, tal como se detalla a continuación:

Capítulo I

Generalidades

En este primer capítulo, trabajaremos los antecedentes de nuestro Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora. Determinaremos el problema que requiere de solución, además justificaremos por qué nuestro Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora resultará de utilidad para la organización y que permitirá el CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PADRES DE NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ (ESSALUD HUANCAYO) EN EL PERÍODO 2017-2019, estableciendo el Objetivo General y los objetivos específicos del Plan, asimismo describiremos los Productos Propuestos, y finalmente estableceremos los alcances y límites del Plan.

Capítulo II

Diagnostico

En el segundo Capítulo desarrollaremos el Diagnostico general del ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA DE CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PADRES DE NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ (ESSALUD HUANCAYO) EN EL PERÍODO 2017-2019, estableciendo el diagnostico organizacional, realizando la delimitación de la realidad problema, a través de la descripción y análisis de los aspectos internos y del entorno y la realidad de la empresa; asimismo estableceremos, luego de ello las brechas que se deben resolver para alcanzar la realidad ideal y se determinarán los problemas institucionales que están originando esta realidad.

Capítulo III

Formulación

En este capítulo trabajaremos, el Marco Teórico, identificando las Bases Teóricas y las Escuelas en las que se justifica, igualmente definiremos los términos básicos que se utilizaran a lo largo del trabajo y estableceremos las estrategias que se utilizaran para el logro de los objetivos del Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora para su aplicación en el CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PADRES DE NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ (ESSALUD HUANCAYO) EN EL PERÍODO 2017-2019. Así mismo se delimitará la ruta estratégica a seguir y se desarrollarán los productos con los cuales se propone resolver los problemas encontrados en el Capítulo II, alcanzar los objetivos propuestos y disminuir las brechas a fin de acercarnos a la situación o escenario ideal planteado.

Capítulo IV

Propuesta De Implementación

El cuarto capítulo está destinado a plantear la implementación del Plan de Trabajo para el CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PADRES DE NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ (ESSALUD HUANCAYO) EN EL PERÍODO 2017-2019, identificando los recursos críticos que podrían poner en riesgo la ejecución del presente plan. Se analizan los Recursos: Humanos, los recursos financieros, logísticos necesarios para implementar el Plan, y el tiempo requerido. De otro lado identificaremos las metas y actividades necesarias de realizar para lograr cada uno de los productos propuestos, las metodologías y técnicas científicas utilizadas, y finalmente en este capítulo nos referiremos a los Aspectos Administrativos del Trabajo, identificando responsables y costos.

Capítulo V

Análisis De Viabilidad Y Factibilidad

En el quinto capítulo analizaremos la viabilidad de ejecutar un Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora de CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PADRES DE NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ (ESSALUD HUANCAYO) EN EL PERÍODO 2017-2019, y su factibilidad a fin de ser usado como una herramienta eficiente en el logro de los objetivos misionales de la Institución.

Capítulo VI

El Control

En este capítulo determinaremos mecanismos de control, a nivel de monitoreo y control a fin de que nos permita acompañar y evaluar si estamos logrando los objetivos esperados, y ejecutar inmediatamente los ajustes necesarios.

Capítulo VII

La Síntesis

Este capítulo presentara el análisis por cada uno de los objetivos propuestos, y los productos planteados, así como las conclusiones finales del análisis, evaluación y propuesta de mejora y las recomendaciones que, a nuestro criterio, resulten importantes señalar para que el análisis, evaluación y propuesta de mejora sea implementado en la Empresa.

Referencias Bibliográficas

En esta parte, haremos mención de los textos, trabajos, estudios, monografías que hemos usado para el desarrollo del trabajo, de igual manera haremos expresa mención de la bibliografía usada en el orden de su desarrollo. En promedio se utilizarán 50 referencias bibliográficas, que contendrán Tesis y textos en otros idiomas.

EL AUTOR.

Capítulo I: Generalidades

1.1. Antecedentes

La mortalidad en niños menores de 5 años ha disminuido en forma progresiva a nivel mundial, aunque se siguen observando grandes diferencias entre los diversos países, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:

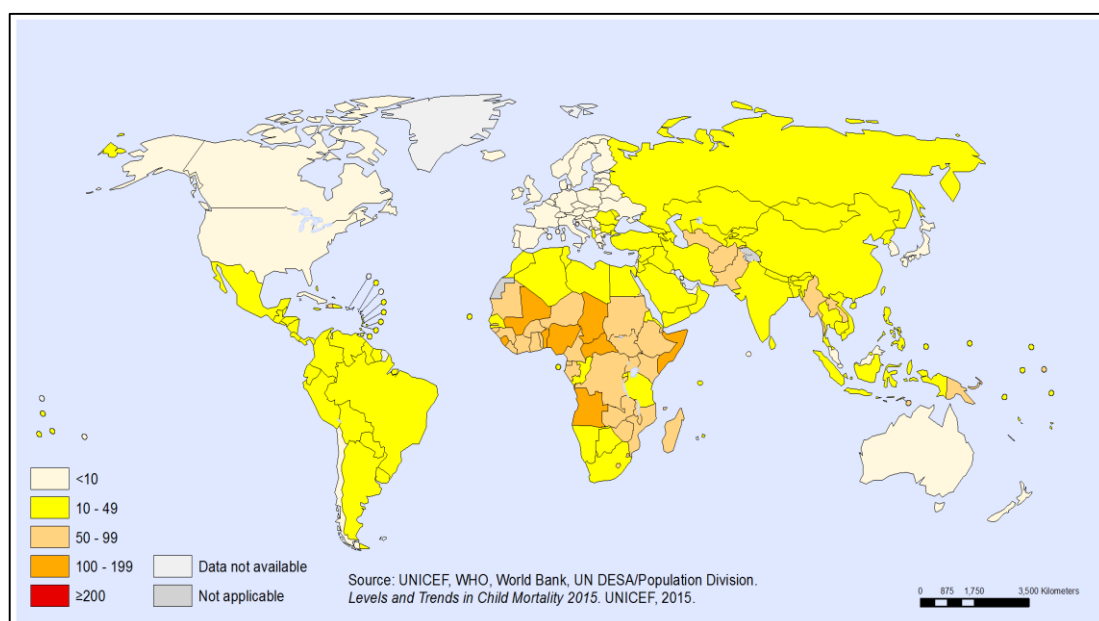


Gráfico 1: Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos), 2015.
Fuente: UNICEF, OMS, Banco Mundial, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales/División de Población de las Naciones Unidas (2015). *Levels and Trends in Child Mortality 2015*. UNICEF.

El Perú ha venido reduciendo las tasas de mortalidad en menores de 5 años a pasos agigantados, sobre todo durante el auge económico de inicios del Siglo XXI, aunque el período crítico de mayor mortalidad dentro de este grupo etario es la etapa neonatal, tal como se aprecia en el siguiente gráfico que representa la evolución de la mortalidad neonatal, infantil (hasta el primer año) y en la niñez (hasta los 5 años) a nivel nacional:

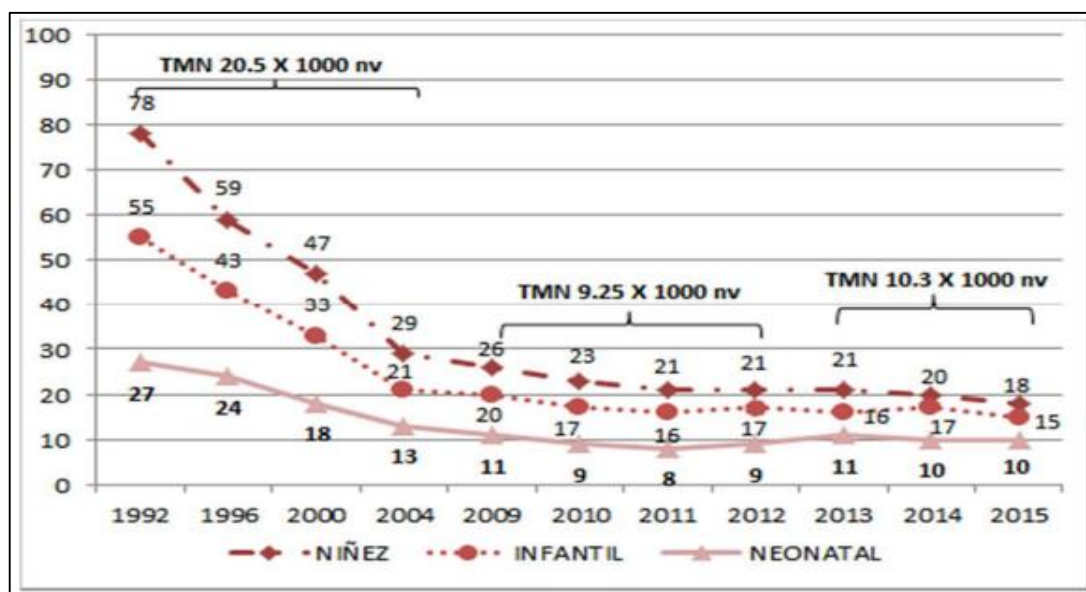


Gráfico 2: Evolución de la tasa de mortalidad neonatal, infantil y en la niñez. Perú. 5 años previos a la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 1992 al 2015. Fuente: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Elaboración: Dirección General de Epidemiología (2015).

Es por ello que, actualmente, se viene dando notable impulso al desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, como elementos fundamentales para garantizar la sobrevivencia de neonatos de extremo bajo peso (menos de 1000 g) y muy bajo peso (menos de 1500 g) al nacer. Incluso son cada vez más frecuentes los reportes noticiosos de neonatos que logran sobrevivir con pesos al nacer cada vez menores como el caso de la pequeña Amillia, nacida en el Baptist Children's Hospital en Miami, EEUU, con 21 semanas gestación, 284 g de peso y 24,13 cm de longitud y que logró sobrevivir hasta el alta médica (20 minutos, 2007, s/n), evidentemente de la mano con el desarrollo tecnológico acelerado y la especialización de los cuidados médicos y de enfermería.

Tradicionalmente la madre y el recién nacido constituyen un binomio indivisible e incluso las estrategias de desarrollo del apego promueven el contacto estrecho piel a piel dentro de la primera hora de vida. Este paradigma ha sido desplazado por el avance en los cuidados intensivos neonatales a costa de aislar a los padres de dichos cuidados e incluso llegar a aislarlos completamente:

En un primer momento, no se pensaba en la separación de la madre y el hijo, pero pronto se optó por la necesidad de mantener el control en la esterilidad y la erradicación de las infecciones, en un ambiente lo más esterilizado posible. Poco a poco, las madres fueron excluidas de los cuidados de su bebé, y entre otras consecuencias, se produjo un cambio hacia la alimentación con leche artificial. [...] Este modelo se mantiene hasta 1970, cuando en la Universidad de Stanford, Barnett, Kiderman, Grobstein & Klaus (1970) pusieron en cuestión el mismo, sobre todo en lo que concierne al lugar de los padres, que eran dejados en un segundo plano, al verse no solo sometidos a restricciones horarias sino también a una separación del hijo, lo que daba lugar al desarrollo de un sufrimiento en ellos derivado de la falta de contacto con el bebé (Pallas, 2007). A partir de este momento, las madres comenzaron a establecer de nuevo un contacto con sus bebés. Además, por la misma época, Kennel & Klaus (1976), demostraron que la entrada de los padres en la UCIN no modificaba la frecuencia de infecciones con respecto a los períodos anteriores. Este hecho hizo, que la mayoría de los centros comenzaran a dejar a los padres que estuviesen cerca de sus bebés, y así de este modo, retomar de nuevo el contacto. (Lalaleo GS, Cartuche KA & Quiñonez PL, 2014, p. 3-4)

De tal forma que volvemos al inicio, como debía ser, a que los padres y el neonato sean vistos como un conjunto y no aisladamente; pero esta “nueva” concepción del cuidado neonatal intensivo recién empieza a generalizarse.

Dentro del ejercicio profesional del autor de la presente propuesta de mejora, los ocho años de labor asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP), de la que es jefe desde su creación en diciembre del 2008, han significado un cúmulo de nuevas experiencias fuera del quehacer médico. Entre las más enriquecedoras, destaca la enorme satisfacción percibida en los padres de neonatos que logran sobrevivir a enfermedades devastadoras, o ven corregidas las malformaciones congénitas que limitarían considerablemente la calidad de vida de sus pequeños; situación que, debido a las características anatómicas y funcionales de los neonatos, lamentablemente no es una constante.

Quizás debido al carácter eminentemente recuperativo de su formación especializada, el autor tiene más en la memoria los fallecimientos de los casos más complicados, así como la imagen vivida de la reacción de los padres frente al nacimiento, evolución y posterior fallecimiento de sus pequeños hijos. Para él, resulta conmovedor ver el amor que los padres manifiestan desde el momento inicial, a pesar de lo adverso del pronóstico de sus pequeños, y sin embargo tienen que enfrentar muchas veces el intenso pesar de la pérdida abrupta solos y sin apoyo del personal de salud.

El autor expresa esto último porque en la formación del pregrado clásico en las ciencias de la salud no se brinda capacitación específica en el abordaje integral del cuidado del paciente y su entorno familiar. Este hecho, inicialmente inadvertido por su persona, año tras año ha sido cada vez más evidente y se ha convertido incluso en una respuesta pendiente en la diaria labor en la UCIN. Aunque como personal de salud no se puede garantizar la sobrevivencia de todos los neonatos; lo que si se puede hacer y constituye su deber es lograr que el trance de los padres en la UCIN sea lo más soportable y llevadero posible, incluso para aquellos cuyos bebés sobrevivan, pero requieran una larga estancia hospitalaria que igualmente les generará un enorme estrés.

Con el pasar de los años se observa un constante incremento en la incidencia de neonatos con muy bajo peso al nacer o con patologías complejas en la UCIN del HNRPP. Entonces, al momento de escoger el Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora a desarrollar, cae por su propio peso la idea primigenia de desarrollar un programa institucional que permita ofrecer un apoyo estructurado y eficiente a estos padres mediante la adquisición de herramientas y desarrollo de capacidades para enfrentar favorablemente el estrés de la hospitalización de sus recién nacidos.

1.2. Determinación del problema

El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP), Centro Asistencial Base de la Red Asistencial Junín – EsSalud (Categoría III-1), tiene 26 años al servicio de la población asegurada de la Región Junín y la Macro Región

Centro del país (que incluye a Huánuco, Pasco y Huancavelica). Cuenta con infraestructura propia, situada en la Av. Independencia N° 296 - Distrito de El Tambo, Provincia de Huancayo, Departamento de Junín, cuya área construida es de 48,148.06 m² en seis niveles y un sótano y área libre de 44,371.94 m².

El Servicio de Neonatología del HNRPP es la Unidad Prestadora de Servicios de Salud que brinda cuidados neonatales de mayor complejidad dentro de la Macro Región Centro. Comprende a tres Unidades funcionales que son:

- Unidad de Cuidados Mínimos Neonatales y Atención inmediata del recién nacido: Que cuenta con 14 cupos funcionales promedio.
- Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales: Que cuenta con 10 cupos funcionales.
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): Que cuenta con 04 cupos funcionales.

Esta última, en particular, maneja pacientes de alta complejidad: Neonatos de menos de 1500 g al nacer (muy bajo peso al nacer), con malformaciones congénitas graves (cardíacas, pulmonares, intestinales, etc.), severamente comprometidos (shock, hipertensión pulmonar, enterocolitis necrotizante, distrés respiratorio severo, etc.), entre otros. Cuenta con cinco ventiladores mecánicos neonatales (incluyendo dos ventiladores de alta frecuencia), monitores multiparámetros, incubadoras con humedad relativa y servo control, equipos de fototerapia, etc. Brinda servicios de alta complejidad como: Nutrición parenteral, Exanguineotransfusión, Cateterismo umbilical y central de inserción periférica, Soporte hemodinámico y postquirúrgico avanzado.

El personal asignado al Servicio de Neonatología es el siguiente:

- 08 médicos especialistas: 2 neonatólogos y 6 pediatras.
- 30 licenciadas en Enfermería: 26 de ellas con especialidad de Cuidados Neonatales.
- 07 técnicos de Enfermería.

Actualmente, estas Unidades funcionales se encuentran a más del 90% de ocupación de forma continua; situación que empeora por la brecha oferta-demanda negativa insatisfecha de profesionales de salud (05 Médicos Pediatras/Neonatólogos, 07 Enfermeras especialistas y 05 Técnicos de Enfermería para operar de acuerdo a normativa institucional al 100% de capacidad).

En específico, se presentan los indicadores hospitalarios de la UCIN a fin de conocer la demanda de dicha Unidad.

Tabla 1

Indicadores hospitalarios de la UCIN – Servicio de Neonatología (HNRPP), Año 2016.

UCIN	TOTAL
EGRESOS	152
ESTANCIAS	1491
PACIENTE DIA	1566
DIAS-CAMA DISPONIBLE	1689
DIAS-CAMA DESOCUPADAS	123
DOTACION DE CAMAS	4.58
PROMEDIO DE ESTANCIA	9.8
RENDIMIENTO CAMA	4.7
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	93%
INTERVALO DE SUSTITUCIÓN	0.8
TOTAL DE MUERTES NEONATALES <u>BRUTAS</u>	25
TOTAL DE FALLECIDOS < 7 DIAS DE VIDA	14
TOTAL DE FALLECIDOS ≥ 7 DIAS DE VIDA	11
NACIDOS VIVOS EN CAS	2,670
TOTAL DE OBITOS ≥ 1 KG.	18
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (x 1000 NV)	5.24
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL GLOBAL (x 1000 NV)	9.36
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL (x 1000 NV)	11.99

Fuente: Oficina de Estadística – Jefatura de Servicio de Neonatología HNRPP.

Elaboración: Propia.

Esta situación no es aislada, sino se presenta frecuentemente como se evidencia en el estudio de Gallegos, Reyes & Silvan (2010), que caracteriza las Unidades Neonatales de la ciudad de San Luis Potosí – México, y que afirma:

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. (p. 101)

Esta situación afecta negativamente el clima laboral, limita el desarrollo de círculos de calidad y proyectos de mejora continua, y ocasiona directamente Síndrome de Burnout a los trabajadores de salud; el cual consta de tres componentes según Marrero & Grau (2005), que son:

- *Agotamiento o desgaste emocional*, que se define como sentimientos de sobrecarga afectiva y depleción de recursos de soporte emocional o físico.
- *Despersonalización o cinismo*, que incluye el sentimiento de indiferencia, distanciamiento interpersonal, e insensibilidad hacia los pacientes.
- *Desapego por el trabajo (baja realización personal - reducción de la eficacia profesional)*, que se refiere al sentimiento personal de incompetencia, falta de compromiso y productividad en la labor ya que la efectividad de su trabajo es valorada como indiferente. (p.26)

La reacción que puede generar el internamiento de un recién nacido largamente esperado, en unos padres con grandes expectativas, es claramente abrumadora y alarmante. Diversos reportes ratifican lo anterior, con la subsecuente aparición de reacciones de estrés y depresión en los padres, las que afectan negativamente su relación con el neonato enfermo y reducen el desarrollo de apego (Wormald et al., 2015, p. 303).

El estrés de los padres debido a la hospitalización de sus bebés en la UCIN se puede evaluar y medir aplicando la Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (Parental Stressor Scale: Neonatal

Intensive Care UNIT – PSS: NICU) elaborada y validada por la Dra. Margareth Miles en 1993, que cuenta con un coeficiente alfa mayor de 70 y una consistencia interna de 94. Este instrumento identifica 7 dimensiones como fuentes de estrés, constituida por 46 reactivos con un patrón de respuesta que va desde NA (no aplicable) con valor=0, hasta extremadamente estresante con valor=5, con un rango de 46 a 190 puntos. (Díaz CN, 2012)

Adicionalmente, algunas condiciones maternas graves requieren el término de la gestación de forma prematura (Pre eclampsia severa y Síndrome HELLP), lo que enfrenta a madres debilitadas física y emocionalmente a sentimientos negativos (culpa, rechazo, abandono, frustración, miedo) adicionales a la lógica preocupación por el estado de su hijo, además de abrumar al padre con el doble impacto psicológico de la afectación de su entorno familiar inmediato.

A su vez, la alteración en el rol de cuidadores producto de la hospitalización, el impacto del aspecto del menor y la gravedad de su estado, así como el entorno plenamente cambiante y agitado de una UCIN (alarmas, procedimientos, empeoramientos intempestivos), constituyen agentes estresores adicionales para los padres que incrementan el impacto negativo antes citado (Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B & Kopman C, 2006, p. 209).

Este estado emocional alterado de los padres deteriora la relación interpersonal y la comunicación con el personal de salud (Aguñaga-Zamarripa ML, Reynaga-Ornelas L, Beltrán-Torres A, 2016), lo que afecta negativamente en la esfera de confort de la calidad de la atención de salud y acrecienta el estrés laboral dentro de la UCIN.

La relevancia de una adecuada interrelación cuidador-padre y la importancia de incluir al personal asistencial dentro de las estrategias de control del estrés parental quedan documentadas en diversos estudios que usan el instrumento PSS: NICU. Entre ellos, el realizado en la UCIN del Hospital de Gineco-

Pediatría de la Ciudad de León, Guanajuato, Méjico, a 45 padres de neonatos en estado crítico evaluando su nivel de estrés en base al instrumento antes citado. El nivel de estrés percibido por los padres fue referido en cinco niveles: No estresante (24%), poco estresante (36%), moderadamente estresante (25%), muy estresante (10%) y extremadamente estresante (5%). El promedio de estrés interpersonal fue poco estresante con 2.04 y el de estrés extra personal fue moderadamente estresante con 2.51. El factor de estrés con mayor puntaje fue el de comunicación con el personal. (Aguñaga-Zamarripa et al., 2016)

En un estudio desarrollado para evaluar los efectos de la intervención en la percepción de los padres y los profesionales de la salud en la UCIN de un hospital universitario en el municipio de Sao Paulo, mediante la aplicación de los instrumentos de percepción del cuidado centrado en el paciente y la familia (Padres y Equipo), y el Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit en 132 padres de recién nacidos hospitalizados y 57 profesional del equipo de UCIN, se observó una mejoría estadísticamente significativa en la percepción de los padres en la mayoría de los ítems evaluados ($p=0,05$) y para los profesionales en relación con el cuidado de la familia en la unidad neonatal ($p=0,041$) y la comprensión de la experiencia de la familia con la hospitalización ($p=0,05$). Hubo una reducción en las puntuaciones medias de estrés de los padres, con una mayor disminución en la Alteración del Rol Parental: 4.2 a 3.8 ($p=0,048$), lo que demuestra que las intervenciones de Cuidado Centrado en el paciente y la familia mejoran la percepción de los padres y los profesionales del equipo de salud y ayudan a controlar el estrés parental. (Balbino FS, Balieiro MMFG & Mandetta MA, 2016).

Lisa M. Cleveland realizó una revisión sistemática de la literatura (60 estudios en inglés indexados en Medline y CINAHL entre 1998 y 2008) sobre las necesidades de los padres de neonatos en UCIN y qué conductas les brindan soporte emocional; evidenciándose seis necesidades parentales:

- Información precisa e inclusión en el cuidado del neonato.
- Monitoreo estrecho y protección del menor.

- Contacto con el recién nacido.
- Ser percibido como elemento positivo por el personal de salud.
- Cuidado individualizado.
- Relación saludable (“terapéutica”) con el personal de salud.

Las cuatro conductas del personal de salud que permitían a los padres a alcanzar dichas expectativas son:

- Apoyo emocional.
- Empoderamiento de rol de padres.
- Ambiente acogedor con políticas de soporte.
- Capacitación en el cuidado neonatal. (Cleveland, 2008)

Por lo tanto, es necesario diseñar estrategias de mejora de la atención de salud en la UCIN que involucren un empoderamiento del personal asistencial en el rol de contención y reducción del impacto emocional negativo en los padres de neonatos internados; las que, a su vez, deben incluir el desarrollo de un clima laboral óptimo para los trabajadores, potenciar la sensibilización frente al estado de desequilibrio emocional de los padres y desarrollar intervenciones específicas para reducir el estrés parental y potenciar adecuadamente sus mecanismos de defensa.

Una de las más desarrolladas en las últimas décadas es el Modelo de Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia (CCPF). Sobre este, Sydnor-Greenberg N & Dokken D (citados por Malusky SK. 2005) afirman que “es un elemento importante para ayudar a las familias a lidiar con el estrés, miedo, y la alteración de los roles parentales y familiares que experimentan. Al construir un vínculo vital con ellos, la enfermera de UCIN tiene la oportunidad de facilitar su afrontamiento (coping)” (p. 26).

Por ello, al ser el profesional de enfermería el que mayor tiempo pasa con el neonato internado en la UCIN, es un elemento de capital importancia para el desarrollo del modelo de CCPF.

Al garantizar la participación activa de los padres en el cuidado de salud del neonato y la interacción positiva entre ellos y el personal de salud, enmarcamos al Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia (CCPF) como “un enfoque innovador para la evaluación de la planificación, prestación y evaluación de la salud, realizado mutuamente por la colaboración entre los proveedores de servicios de salud, los pacientes y sus familias” (Balbino et al., 2016, p. 2).

Esta perspectiva de la atención incluye: la permanencia liberada (acceso las 24 horas del día), el acceso libre y responsable a la información, el respeto a la autonomía, la flexibilidad del servicio, así como la cooperación y apoyo en todos los niveles de prestación de servicios. (Ramezani T, Hadian Shirazi Z, Sabet Sarvestani R, Moattari M, 2014)

Tomando en consideración todo lo anterior, se han identificado los siguientes problemas:

Problema General:

Estrés no controlado en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud HUANCAYO).

Problemas Específicos:

- A) Falta de abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.
- B) Falta de concientización del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.
- C) Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial.

1.3. Justificación

El concepto de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel neonatal se está convirtiendo en el estándar de cuidado en el mundo, al involucrar a la familia como fuente primaria de apoyo del recién nacido (Balbino et al., 2016). Esta perspectiva de la atención incorpora conceptos tales como el acceso sin restricciones al niño, el respeto, la información, la posibilidad de elección, la flexibilidad del servicio, la autonomía de los sujetos involucrados, la cooperación y el apoyo a todos los niveles de prestación de servicios. (Ramezani et al., 2014)

A continuación, presentamos un resumen de la literatura reciente sobre Conceptos de cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF) en la UCIN en la que se fundamenta la utilidad de este enfoque:

Tabla 2

Artículos revisados sobre cuidado centrado en la familia (UCIN).

AUTOR	BASES	MEDIDAS	RESULTADOS
Trajkovski et al., 2012	CCPF en UCIN es un método para proveer el cuidado de la salud de los neonatos y sus familias. Involucra a todos sus miembros.	Cambio del papel de la enfermera de una experta en el campo asistencial a un modelo regulado por guías de práctica clínica, capacitación constante, enfoque multidisciplinario, y conceptos como permanencia liberada, soporte inclusivo a familiares, evaluación de las necesidades del personal, comunicación eficiente y basada en la confianza, participación de los familiares en los cuidados de rutina, intercambio de información, apoyo y estímulo al compromiso del personal.	Mejora indicadores de salud neonatal, capacidad resolutoria, capacidad de los padres para el cuidado del neonato. Potencia eficiencia del trabajo del personal asistencial, promoción del apego parental, y aumenta el impacto del Programa Madre Canguro.
White, 2010		Provisión de un cuarto individual por familia con espacio físico suficiente, además de cambio de políticas de atención y abastecimiento de recursos humanos y financieros suficientes.	Incrementa la interacción de los padres con el neonato, control de infecciones nosocomiales, reduce la estancia hospitalaria total en 5.3 días: 32.8 días en controles (95% IC: 29.6 – 35.9) vs. 27.4 días (95% CI: 23.2–31.7) para CC PF (p = 0.05). Estimula el

AUTOR	BASES	MEDIDAS	RESULTADOS
Hedbeg & Egvall, 2009		Desarrollo de políticas para estímulo de la responsabilidad parental, cuartos individuales que comparten los padres y el neonato, capacitación progresiva y estímulo de competencias parentales en cuidados del neonato, cambio del rol de enfermera de proveedora de salud a capacitadora, respeto a autonomía en decisiones de los padres.	desarrollo del cerebro del neonato. Incrementa estado de satisfacción y de acogida de padres, satisfacción en personal de salud, competencias parentales en cuidados neonatales. Reduce gastos médicos. Mejora el estado de seguridad del paciente. Incrementa el apego de los padres hacia el neonato.
Griffin, 2006	CCPF en UCIN es un proceso de planificación, implementación, y evaluación del cuidado de la salud, de tipo multidisciplinario e incluyendo a la familia. Sus principios básicos son: Dignidad y respeto, intercambio de información, participación de la familia en el cuidado y cooperación familiar.	Implementación de una filosofía sólida de cuidados centrados en la familia, cuartos individuales para la familia, mejora de las habilidades de comunicación de las enfermeras, presencia de los padres sin restricciones, capacitación progresiva y estímulo de competencias parentales en cuidados del neonato.	Reduce estrés parental, mejora la autoestima materna y los procesos de apego, promueve la salud del neonato, permite a los padres sentirse "en control".
Van Riper, 2001	CCPF en UCIN es la interacción entre los miembros de la familia, enfermeras, médicos y otros proveedores de	Cooperación entre familiares y cuidadores cultivando una relación positiva, reporte constante y abierto a los padres de la condición del neonato, con intercambio fluido de información y	Promueve la salud mental estable de los padres, desarrolla en ellos confianza en los cuidadores y además un sentimiento de "pertenencia" a la UCIN. Reducción en estancia

AUTOR	BASES	MEDIDAS	RESULTADOS
	cuidados de salud.	de contestando todas sus interrogantes.	hospitalaria, considerando el trabajo de Melnyk BM et al. (citado por Cleveland L, 2008), <u>generaría un ahorro promedio por año de \$ 529,048,554.</u>

Fuente: Ramezani T, Hadian Shirazi Z, Sabet Sarvestani R, Moattari M (2014). Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: A Concept Analysis. *IJCBNM*, 2(4), 268-278.

Citando a la bibliografía presentada líneas arriba, podemos afirmar que la implementación de este modelo está plenamente justificada.

Justificación Teórica:

Permitirá conocer el impacto del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia en UCIN de nuestro país, contextualizándola a nivel local con las particularidades de la población involucrada.

Justificación Práctica:

Incrementa el impacto y eficiencia de programas de cuidado previamente desarrollados (Madre Canguro), potencia la capacidad resolutoria del personal asistencial, y permite el desarrollo en los padres de habilidades en el cuidado básico neonatal que reducen la posibilidad de accidentes o reingresos tras el alta. Mejora la percepción del usuario con respecto a la satisfacción por el servicio recibido.

Justificación Social:

Permite garantizar la estabilidad emocional y promueve un estado mental saludable en los padres, que permite desarrollar positivamente sentimientos de apego con el neonato enfermo y de reciprocidad (“pertenencia”) con el personal de la UCIN. Estimula el desarrollo neurológico del neonato en UCIN.

Justificación Económica:

Reduce los gastos médicos al acortar la estancia hospitalaria, así como disminuir la incidencia de eventos adversos de alto costo y morbimortalidad como las infecciones nosocomiales.

1.4. Objetivos Generales y Específicos

En concordancia con lo antes mencionado, la presente investigación plantea los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Controlar el estrés en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud Huancayo).

Objetivos Específicos:

- A) Desarrollar un abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.
- B) Concientizar al personal asistencial de la UCIN con respecto al impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.
- C) Disminuir la brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial.

1.5. Descripción del producto propuesto

Dada la descripción de la realidad problema, y en concordancia a los objetivos generales y específicos previamente planteados, presentamos los productos que permitirán su consecución.

P1: Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción:

apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.

Para tal fin, el diseño de dicho programa se basará en el empleado por Barry Lester para abordaje del estrés parental en prematuros (citado por Ruiz AL, Ceriani JM, Cravedi V & Rodríguez D. 2005) que “consiste en un abordaje interdisciplinario y multifactorial” (p. 37), involucrando a los padres y al niño en su conjunto, en cuatro etapas sucesivas.

Tabla 3

Etapas del programa de intervención.

Etapas	Objetivos	Estrategias de intervención
Primera: Impacto ante el nacimiento del neonato: la creación de una membrana extrauterina.	<p>Crear un espacio de contención para los padres y la familia.</p> <p>Facilitar la creación de una matriz de apoyo y sostén para la madre.</p>	<p>Información acerca de las rutinas de la UCIN.</p> <p>Explicaciones acerca del concepto de edad corregida (prematuro), formas de acercamiento al bebé.</p> <p>Anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (ejemplo: dejar al bebé internado en el hospital).</p>
Segunda: Primeros contactos madre-neonato: facilitación de los contactos con un bebé real.	<p>Elaborar diferentes duelos que deben atravesar los padres y entorno familiar.</p> <p>Facilitar las capacidades parentales de anticipación e identificación acerca de las características y necesidades del neonato.</p> <p>Detectar los factores que pueden interferir en estos procesos.</p> <p>Desarrollar los procesos de identificación materna y organización familiar.</p>	<p>Explicación a los padres de las necesidades de control homeostático del neonato patológico (prematuros).</p> <p>Observación de signos de desorganización, sobre estimulación, etc.</p> <p>Integración con otros padres de neonatos internados, organización de horarios de visitas, etc.</p> <p>Creación de espacios para los padres y entorno familiar que faciliten el reconocimiento de sus propias necesidades.</p>
Tercera: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas.	<p>Favorecer las funciones maternas de sostén o “holding” (Winnicott) y la empatía cenestésica (Spitz).</p> <p>Rescatar la singularidad del bebé.</p> <p>Favorecer la lactancia materna.</p>	<p>Observación de los recursos del bebé, formas de inhibir movimientos repentinos, sobresaltos, temblores, etc.</p> <p>Regulación de los estados de conciencia. Formas de contenerlo.</p> <p>Elaboración de un plan de estimulación del bebé.</p>

Etapas	Objetivos	Estrategias de intervención
Cuarta: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé.	Organización de un ambiente de cuidado apropiado para el bebé. Integración del bebé al núcleo familiar. Interacción cercana con el equipo de seguimiento del neonato de alto riesgo.	Planificación conjunta entre equipo de cuidado del bebé y sus padres sobre el alta. Énfasis en la importancia del plan de seguimiento.

Fuente: Ruiz AL, Ceriani JM, Cravedi V y Rodríguez D (2205). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr*, 103(1): 38.

El objetivo del presente producto es lograr empoderar a los padres o cuidadores designados según el caso, a fin de poder enfrentar la situación estresante de la hospitalización de su hijo de forma positiva y en base a esa condición, empezar a desarrollar habilidades y destrezas que permitan su participación en el cuidado básico del mismo.

P2: Desarrollo de un programa de implementación de Cuidados centrados en el paciente y la familia en UCIN dirigido al personal de salud, sostenible en el tiempo.

Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).

Esta estrategia se ha dividido en tres fases, según Balbino et al. (2016):

La primera, denominada *descongelamiento* se llevará a cabo realizando un pacto para el cambio, con los coordinadores de la unidad neonatal, seguida de conferencias que involucren a todos los profesionales de la unidad (dos meses).

La segunda fase, la *transición para lo nuevo*, estará constituida por el desarrollo de una guía de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal, conteniendo la filosofía y directrices relativas a las acciones de: (a) la apertura de la unidad a los padres dentro de las 24 horas; (b) La inclusión de otros miembros de la familia (hermanos, abuelos y personas significativas para los padres); (c) la participación de los padres en la atención; (d) la oferta de compartir información; (e) la acogida de la familia en situaciones de pérdida y luto; (f) la mediación de conflictos entre los padres

y el equipo; (g) la participación de los padres en la toma de decisiones relativas a la atención de neonato.

Además de la formación para el equipo multidisciplinario dirigida al como acoger a la familia en una unidad neonatal teniendo en cuenta los supuestos de la filosofía del cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF) que plantea la atención individualizada con respeto y valorización de la perspectiva de la familia (tres meses).

La última fase, llamada de *re-congelamiento* se llevará a cabo en dos momentos: (1) la internalización de lo nuevo, cuando la guía de buenas prácticas con la familia se ponga en práctica, y (2) la evaluación del programa por aplicación de los instrumentos de medida, después de tres meses de su implementación.

P3: Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.

La programación asistencial en los Servicios de Neonatología de ESSALUD está determinada de la siguiente forma:

Tabla 4

Programación Asistencial en Unidades Neonatales de EsSalud

Hospital Nacional – III-1	Médico	Enfermera	Técnico de Enfermería
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Uno por cada 6 cupos durante las 24 horas del día	Una por cada 2 cupos durante las 24 horas del día	Una por cada 4 cupos durante las 24 horas del día
Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	Uno por cada 8 cupos durante las 24 horas del día	Uno por cada 5 cupos durante las 24 horas del día	Uno por cada 6 cupos durante las 24 horas del día

Fuente: Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014, Anexo 1 - Perfil y Cálculo del Personal Asistencial.

Elaboración: Propia.

A nivel del Servicio de Neonatología del HNRPP, el análisis de la brecha oferta-demanda mensual actualizada de médicos asistenciales es el siguiente:

Tabla 5

Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Médico - Estimación mensual.

Resumen	CAP	CAS	Otros	Total Horas	Horas (Demanda)	Brecha (Horas)	Recursos humanos
Nº Profesionales	8	0	0	1200	1,988	-788	-5
Nº de Horas (*)	1200	0	0				

(*) 01 Jefe Servicio

Tabla 6

Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Enfermera (o) - Estimación anual.

Resumen	CAP	CAS	Otros	Total Horas Disponibles	Total Horas Requeridas	Brecha anual (Horas hombre)	Recursos humanos
Nº Profesionales	25	5	0	54,000	59,040	-5,040	-3
Nº de Horas	45,000	9,000	0				

Fuente: Oficina de Estadística – Jefatura de Servicio de Neonatología HNRPP.
Elaboración: Propia.

Por ende, queda fundamentada la programación mínima adicional de dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas para reducir la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN; la que ya fue presentada a la Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín (RAJ), a fin de que sea aprobada por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a nivel central y se destine la partida presupuestal necesaria para dicha incorporación, o en todo caso se habilite los respectivos contratos de servicios por terceros o habilitación de horas extras en cantidad suficiente para tal fin.

1.6. Alcances y limitaciones

La presente investigación se realizará en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Ramiro Prialé – Red Asistencial Junín- EsSalud.

Las limitaciones en la realización de la investigación son:

- Tiempo personal reducido por labor asistencial, docente y administrativa.
- Imposibilidad de evaluación de bibliografía relacionada al tema en idiomas fuera del español e inglés.
- Asistencia parcial del personal asistencial de la UCIN del Servicio de Neonatología del HNRPP a capacitaciones destinadas a la implementación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF): Vacaciones, descansos médicos del personal, etc.
- Curva de aprendizaje propia de la ejecución del modelo CCPF por el personal asistencial de la UCIN.
- Asistencia parcial a capacitaciones de padres de neonatos internados en la UCIN por motivos extrainstitucionales.

Capítulo II: El Diagnóstico

2.1. Propósito

Los padres de recién nacidos internados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales experimentan importantes niveles de estrés y tienen el desafío de adaptarse positivamente a esta experiencia. Diversos estudios han señalado que el nivel de estrés parental posterior al nacimiento de un hijo puede afectar el vínculo entre ellos y el establecimiento de un apego seguro. Además, el estrés parental y los síntomas depresivos maternos han mostrado ser factores de riesgo para el futuro desarrollo social, conductual y funcional del recién nacido de alto riesgo. (Wormald et al., 2015, p. 303)

Identificar y controlar el estrés parental mediante intervenciones precoces y focalizadas resulta útil, al aportar positivamente tanto en el estado emocional presente y futuro del paciente y su entorno inmediato, como también en la sensibilización por parte del personal de salud que asiste a estos niños altamente vulnerables y a sus familias.

El control del estrés parental relacionado a la estabilización del estado emocional paterno busca contribuir al bienestar de los asegurados y su núcleo familiar, en directa relación con el principio de Integralidad de la seguridad social, relacionado a la misión institucional de EsSalud: “Somos una institución de seguridad social de salud **que persigue el bienestar de los asegurados** y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, **integrales** y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”. (Seguro Social de Salud – EsSalud, 2012, p. 60)

En específico, el control del estrés parental permite incrementar el nivel de satisfacción del usuario y, por ende, la calidad del servicio de salud prestado, lo que contribuye a alcanzar la misión específica del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP): “Realizar la atención

médica especializada pertinente, oportuna, precoz, **integral** y eficiente al recién nacido sano y enfermo; determinando y tratando la patología que lo aqueja y **mejorando su calidad de vida**, contribuyendo con la reducción de la pobreza de nuestra Región y País”.

2.2. Diagnóstico Organizacional

2.2.1. La Organización

La ciudad de Huancayo es la más importante de la sierra central del Perú. Localizada al sur del Valle del Río Mantaro, a 3271 msnm, es la ciudad capital tanto del departamento de Junín como de la provincia de Huancayo. La ciudad ocupa terrenos de cinco distritos de dicha provincia: Huancayo, El Tambo, Chilca, Pilcomayo, Huancán y San Agustín de Cajas. (Colaboradores de Wikipedia, 2017)

Junín es un departamento del Perú ubicado en el centro sur del Perú. Incluye parte de la vertiente oriental de los Andes, incluyendo tanto sierra como amazonia. Limita con los siguientes departamentos: Pasco, Ucayali, Cuzco, Ayacucho, Huancavelica y Lima. (Colaboradores de Wikipedia, 2017)

La situación del Perú en el Pacífico Sur y su accidentada geografía crean el ambiente propicio para ser amenazados continuamente por los fenómenos naturales y temperaturas bajas en la Región Alto Andina que propician la aparición y recurrencia de enfermedades propias de la estación, lo que acrecienta la posición estratégica y la importancia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en su proyección a la comunidad.

El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, está ubicado geográficamente en la ciudad de Huancayo, Distrito de El Tambo, Provincia de Huancayo, Departamento de Junín y depende funcionalmente de la Red Asistencial Junín del Seguro Social de Salud (EsSalud).

Tiene categorización vigente como Hospital III-1 con algunos servicios especializados diferenciados, por lo que resuelve y atiende las necesidades de salud integral y especializada de su población adscrita.

Es el hospital base de la Red Asistencial de Junín - EsSalud, con veintiséis (26) años al servicio de la población asegurada de la Región de Junín y La Macro Región Centro del país.

El establecimiento cuenta con una cartera de servicios médicos en sus diversas especialidades y subespecialidades clínicas y quirúrgicas, servicios quirúrgicos en las especialidades diversas, servicios intermedios de diversa gama, servicios de hospitalización por departamentos como Medicina, Cirugía, Materno Infantil, Servicios de Emergencia y Áreas Críticas (Emergencias, UCI, UCIT de Adultos y Neonatales), Unidad de Trasplante y Procura de órganos, así como servicios generales: mantenimiento, limpieza, vigilancia, lavandería, cocina; entre otros.

Asimismo, cuenta con 795 colaboradores en planilla entre: ejecutivos, administrativos (profesionales, técnicos y auxiliares) y asistenciales (profesionales, técnicos y auxiliares).

Personal adicional trabaja para el Hospital en diversas actividades bajo la modalidad de intermediación laboral, como es el caso de las áreas de servicios generales: vigilancia, limpieza, lavandería, nutrición y alimentación, jardinería, mantenimiento preventivo, reparación y operación de equipos electromecánicos y biomédicos, y módulo de citas.

El presupuesto asignado al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé para el año 2016 fue de S/. 134'659,542.00 y la ejecución presupuestal del año 2015 ha sido de S/. 130'968,845.66, habiéndose ejecutado un incremento del gasto de 8.93% con relación a la asignación inicial, y para el año 2016 el incremento de la asignación presupuestal fue del orden del 2.82%.

El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé está categorizado mediante Resolución Directoral N° 1221-2009-DRSG/OEDGR, del año 2009 con el Nivel III-1, cuando su denominación era de Hospital IV Huancayo.

Es necesario precisar que, mediante la Carta N° 535-GRAJ-ESSALUD-2014, se ha solicitado la recategorización del Hospital, hoy Registrado en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

Infraestructura

El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, base de la Red Asistencial de Junín - EsSalud, con veintiséis (26) años al servicio de la población asegurada de la Región de Junín y La Macro Región Centro del país, cuenta con infraestructura propia, situada en la Av. Independencia N° 296 - Distrito de El Tambo, Provincia de Huancayo, Departamento de Junín, cuya área construida es de 48,148.06 m² en seis (06) niveles y un sótano y área libre de 44,371.94 m².

El proyecto arquitectónico original está concebido para 540 camas hospitalarias; pero en la actualidad opera con 250 camas censales y 40 consultorios físicos promedio, entre otros ambientes físicos.

Recursos Humanos

En cuanto a la distribución de los recursos humanos por línea de carrera para el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, se muestra en el gráfico siguiente:

CARGO	PROF. DE LA SALUD					Total PROF. DE LA SALUD	NO PROF. DE LA SALUD			Total NO PROF. DE LA SALUD	ADMINISTRATIVOS		Total ADML	Total General
	D.L.276	D.L.728 F	D.L.728 I	CAS	PRACTI		D.L.276	D.L.728 I	CAS		D.L.276	D.L.728 I		
EJECUTIVO	7		19			26						3	3	29
MEDICOS	23	41	113	10		187								187
CIR DENTISTA	1		5			6								6
QUIM FARMAC	1	1	2	1		5								5
ENFERMERA	48	4	124	35		211								211
OBSTETRIZ	7		9	1		17								17
TEC MEDICO	4		28	3		35								35
NUTRICION			3	5		8								8
PSICOLOGO			2			2								2
ASIST SOCIAL	10					10								10
PROFESIONAL	2		1			3						5	5	8
TECNICO							73	67	52	192	17	22	39	231
AUXILIAR							9	8		17	2	2	4	21
PRACTIC.					25	25								25
Total General	103	46	306	55	25	535	82	75	52	209	24	27	51	795

Gráfico 3: Cuadro de Personal Ejecutivo, Asistencial y Administrativo del HNRPP (2016).

Nota: No incluye trabajadores por intermediación laboral (Vigilancia, Limpieza, Lavandería, Preparado de Alimentos, Mantenimiento Operativo, Electromecánico y Biomédico, Infraestructura, Jardinería y Módulo de Citas.

Fuente: División de Recursos Humanos – Oficina de Planillas.

Elaboración: Propia.

Número De Asegurados

El Hospital Nacional Ramiro Prialé no cuenta con población adscrita específica, sino es el Centro Base de Referencia de la Red Asistencial Junín, por lo que es responsable de toda la población asignada a los diversos Centros Asistenciales de dicha Red, la que se detalla en el siguiente gráfico.

ITEM	CATEG	CENTRO ASISTENCIAL	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	POBLACION
1	HN	RAMIRO PRIALE PRIALE	Junin	Huancayo	El Tambo	0
2	H2	ALBERTO HURTADO ABADIA	Junin	Yauli	La Oroya	23,581
3	H1	HOSPITAL DE LA SELVA CENTRAL Y ENFERMEDADES TROPICALES (LA MERCED)	Junin	Chanchamayo	Chanchamayo	20,258
4	H1	RIO NEGRO - SATIPO	Junin	Satipo	Satipo	12,124
5	H1	TARMA	Junin	Tarma	Tarma	18,825
6	CAP3	MANTARO	Junin	Huancayo	Huancayo	53,038
7	POL	JAUJA	Junin	Jauja	Jauja	17,710
8	POL	METROPOLITANO	Junin	Huancayo	El Tambo	82,754
9	CAP2	CHILCA	Junin	Huancayo	Chilca	31,118
10	CAP2	CHUPACA	Junin	Chupaca	Chupaca	11,818
11	CAP2	JUNIN	Junin	Junin	Junin	6,161
12	CM	CONCEPCION	Junin	Concepcion	Concepcion	10,812
13	CAP1	PICHANAQUI	Junin	Chanchamayo	Pichanaqui	2,198
14	PM	ANDAYCHAGUA	Junin	Yauli	Huay-huay	949
15	PM	COBRIZA	Huancavelica	Churcampa	San Pedro de Coris	0
16	PM	CORPACANCHA	Junin	Yauli	Santa Barbara de	0
17	PM	MARH-TUNEL	Junin	Yauli	Yauli	3,331
18	PM	MOROCOCHA	Junin	Yauli	Moroccocha	4,127
19	PM	MUQUIYALUYO	Junin	Jauja	Muquiyauyo	623
20	PM	PACHACAYO	Junin	Jauja	Canchayilo	935
21	PM	SAN CRISTOBAL	Junin	Yauli	Yauli	0
22	PM	SAN PEDRO DE CAJAS	Junin	Tarma	San Pedro de Cajas	574
23	PM	YAURICOCHA	Lima	Yauyos	Alis	361
TOTAL						301,296

Gráfico 4: Relación de Centros Asistenciales de la Red Asistencial Junín, con detalle de población adscrita (EsSalud – 2016).

Fuente: Oficina de Planificación – Red Asistencial Junín.

Elaboración: Propia.

Cartera de Servicios

UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS SALUD	MEDICINA	MÁTERO INFANTIL NEONATOLOGIA	CIRUGIA		UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS SALUD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS SALUD DE ENFERMERIA
Consultas	Medicina Interna	Ginecología	Cirugía General		Ecografía	Controles y Cuidados de Enfermería
	Medicina Física Rehabilitación	Obstetricia	Cirugía de Torax		Radiología	
	Cardiología	Pediatría	Cirugía Oncologica		Tomografía	
	Endocrinología	Neonatología	Cirugía Pediátrica		Resonancia Magnética	
	Gastroenterología		Neurocirugía		Camara Gamma	
	Geriatría		Urología		Radio-Intervencionismo	
	Hematología		Traumatología		Laboratorio Clínico	
	Nefrología		Oftalmología		Banco de Sangre	
	Neumología		Odontología		Anatomía Patológica	
	Neurología		Otorrinolaringología		Farmacia	
	Oncología		Anestesiología			
	Psiquiatría					
	Dermatología					
	Reumatología					
	Infectología					
	Medicina Complementaria					
	Anestesiología					
	Nutrición					
Psicología						
Trabajo Social						
Emergencias	Triaje	Ginecología	Anestesiología	Ecografía	Atenciones y Cuidados de enfermería 24 Horas)	
	Medicina	Pediatría	Cirugía	Radiología		
	Shock Trauma	Obstetricia	Traumatología	Tomografía		
	Topicos			Laboratorio		
	Salas de Observacion Internamiento			Banco de Sangre		
			Procedimientos Quirurgicos	Farmacia		
Unidad de Hemodialisis	Hemodialisis y Dialisis Peritoneal				Controles y Cuidados de Enfermería	
Unidad Cuidados Intensivos e Intermedios	Internamiento UCI y UQT Adultos				Atenciones y Cuidados de enfermería 24 Horas)	
Unidad Cuidados Intensivos Neonatales	Internamiento UCI y UCIN Neonatos				Atenciones y Cuidados de enfermería 24 Horas)	
Hospitalización	Cuenta 250 Camas de Internamiento General				Atenciones y Cuidados de enfermería 24 Horas)	
Centro Obstetrico	Cuenta con 5 salas de Dilatacion y 3 Salas de Parto					
Centro Quirurgico	Procedimientos Quirurgicos y Recuperacion Post Anestésico					
Central de Esterilizacion	Preparado y Esterilizacion de Equipos, Instrumental, Ropa Quirurgica, Materiales y Otros					
Procura y Trasplante de Organos	Córnea - Riñon - Hígado					

Gráfico 5: Detalle de Cartera de servicios del HNRPP

Fuente: Dirección del HNRPP.

Elaboración: Propia

Análisis FODA Institucional

Fortalezas

- Somos una institución basada en los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, integralidad, igualdad, autonomía y unidad.
- Diez millones y medio de asegurados y casi 6 millones de aportantes lo convierten en una institución pública que se sostiene financieramente en forma autónoma.
- Capacidad de extender la seguridad social a la población no asegurada e incrementar su cobertura a sectores que hoy no acceden a los servicios de salud.
- La estructura de gobierno tripartito de EsSalud (Gobierno, Trabajadores y Empresarios) le otorga una conducción democrática y la capacidad de diálogo y articulación con la sociedad civil.
- Es un componente fundamental en el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Posee una Red de Servicios de Salud extendida a nivel nacional, centrada en poblaciones urbanas de alta concentración poblacional.
- Buena atención hospitalaria y post hospitalaria
- EsSalud cuenta con un programa de atención a la población discapacitada.
- Capacidad de resolución con especialistas en la atención de alta complejidad.
- Existencia de una red nacional de alta tecnología.
- La economía de escala de EsSalud le da una fuerza de negociación para establecer alianzas con otros prestadores de servicios de salud del sistema sanitario, para compras corporativas de insumos, medicamentos y equipos. (Seguro Social de Salud – EsSalud, 2012, p. 95-103)

Debilidades

- Históricamente ha faltado decisión política para incrementar la cobertura de la seguridad social y evitar la depredación de recursos institucionales, situación que la actual gestión está corrigiendo (auditoría financiera, estudio financiero actuarial y transparencia).

- Remanentes de corrupción institucional.
- Persistencia de un modelo de atención con énfasis en los aspectos curativo y recuperativo en desmedro de lo preventivo promocional.
- Servicios de salud enfocados en la atención especializada, con una atención primaria débil.
- Deficiente atención pre hospitalaria.
- Tasa de aportes insuficiente en comparación con el promedio de aportes en los seguros latinoamericanos, la cual está congelada desde 1985.
- Subsidios indebidos a grupos ocupacionales que deberían contar con una tasa más alta de aportes.
- Recorte de ingresos contributivos (gratificaciones).
- Dificultad para mantener y captar a personal asistencial y administrativo calificado por falta de incentivos económicos, especialmente en el primer nivel de atención.
- Personal desmotivado por desactualización de los niveles salariales.
- Deterioro de la imagen de EsSalud en el componente pre hospitalario.
- Inexistencia de una carrera pública asistencial y administrativa basada en la meritocracia, sobre la base de concursos públicos para selección del personal por competencias.
- Insuficiente comunicación a los medios sobre los logros de EsSalud a nivel nacional.
- Falta de cultura de seguridad social en la población.
- Carencia de indicadores de gestión en seguridad social.
- Deficiencias en la cultura de calidad del servicio, buen trato y seguridad del paciente.
- Déficit de servicios en Emergencia y Consulta Externa
- Limitación en los procesos de atención ordenados a nivel nacional (por uso aún limitado de guías clínicas de atención y protocolos de procedimientos).
- Tecnologías de información y comunicación obsoletas, que estamos en proceso de actualización.

(Seguro Social de Salud – EsSalud, 2012, p. 104-117)

Oportunidades

- Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional.
- Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social.
- Crecimiento económico sostenido, que impulsa la expansión del empleo y, por ende, del número de asegurados.
- Expectativas de la población sin seguridad social, constituyen una ventana de oportunidad para cambios y reformas institucionales. El reconocimiento de los problemas de EsSalud constituye un factor de necesidad de cambio.
- Aumento de la Remuneración Mínima Vital.
- Resultados del Estudio Financiero Actuarial de la OIT.
- Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
- Marco legal de Convenios Interinstitucionales con el MINSA permite el intercambio y complementariedad de servicios, asimismo, con Gobiernos Regionales y Locales y prestadores privados para ampliar la oferta.
- Convenios con los trabajadores de la economía informal, independientes y auto empleados.
- Existencia de nuevas políticas tecnológicas en el país, que posibilitan la mejora de procesos y una mejor atención.
- Existencia de una política de desarrollo en salud en las fronteras.

(Seguro Social de Salud – EsSalud, 2012, p. 95-109)

Amenazas

- Políticas que promueven dispositivos de ley sin respaldo técnico que afectan financieramente a EsSalud.
- El crecimiento de la población de asegurados adultos mayores y una mayor carga por enfermedades crónicas no transmisibles, incrementa la utilización de servicios y los costos.
- Existencia de eventos sanitarios continentales emergentes y remergentes (Sarampión, Dengue, Malaria, TBC y VIH/SIDA) así

como fenómenos climatológicos de gran impacto en salud (Fenómeno del Niño).

- Riesgo de desaceleración del crecimiento económico por el progreso de la crisis económica internacional.
- Riesgos de pérdida de capital humano y posibles conflictos laborales por deterioro de capacidad adquisitiva acumulada en los últimos 20 años.

(Seguro Social de Salud – EsSalud, 2012, p. 110-117)

Visión Institucional

“Somos líderes en seguridad social de salud en América Latina, superamos las expectativas de los Asegurados y de los empleadores en la protección de su salud, somos reconocidos por el trato humanizado, tenemos una gestión moderna y estamos a la vanguardia de la innovación”. (Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización – EsSalud, 2016, p. 10)

Misión Institucional

"Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el aseguramiento universal en salud". (Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización – EsSalud, 2016, p. 10)

Servicio De Neonatología – Hnrpp:

El Servicio de Neonatología del Hospital Ramiro Prialé Prialé se origina mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 266-PE-ESSALUD-2008, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Junín en la que por primera vez es separado del Servicio de Pediatría, constituyéndose como dependiente del Departamento Materno Infantil del ese entonces

Hospital IV Huancayo; y comienza a funcionar como tal a finales del año 2008, tras la designación como Primer Jefe de Servicio del Dr. Daniel Lozano Moreno.

En sus inicios, el Servicio de Neonatología contaba con solo dos camas en su Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y ocho en su Unidad de Cuidados Intermedios; y contaba para el año 2008 solo con quince enfermeras, cinco técnicas de enfermería y seis médicos Pediatras con experiencia en Neonatología. Con esfuerzo, dedicación y disciplina se fue constituyendo un gran grupo humano, el cual fue reconocido con el PREMIO A LA EXCELENCIA LABORAL EsSalud 2009 por Resolución de Gerencia General N° 1074-GG-EESALUD-2009 en reconocimiento de sus logros en reducir la mortalidad neonatal. Para el año 2010, se incorpora al equipo el Dr. Jorge Rosales García, Neonatólogo formado en el Instituto Materno Perinatal.

De manera progresiva la demanda de atención se ha ido incrementando paulatinamente como lo demuestra el gráfico siguiente:

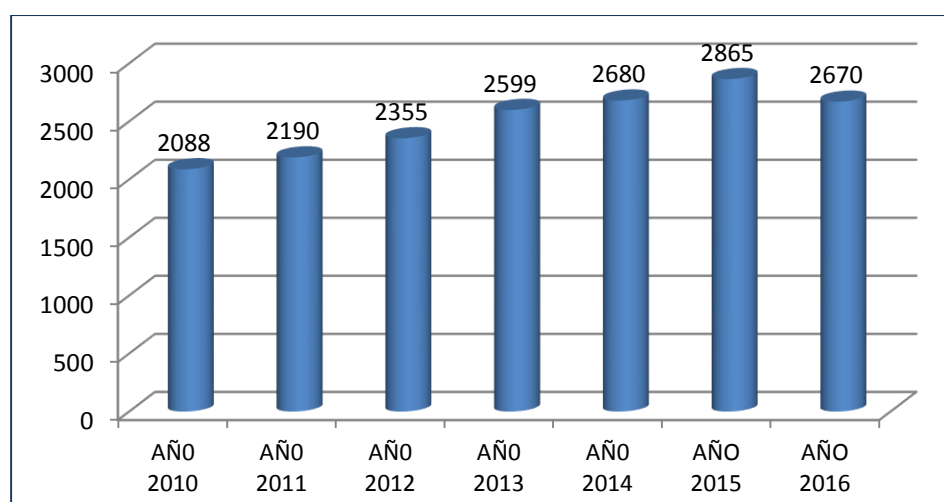


Gráfico 6: Nacidos vivos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (2010-2016).
Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) – HNRPP.
Elaboración: Propia.

Se presenta la siguiente gráfica para hacer conocer la variación de los indicadores de mortalidad neonatal de nuestro Servicio en los últimos años:

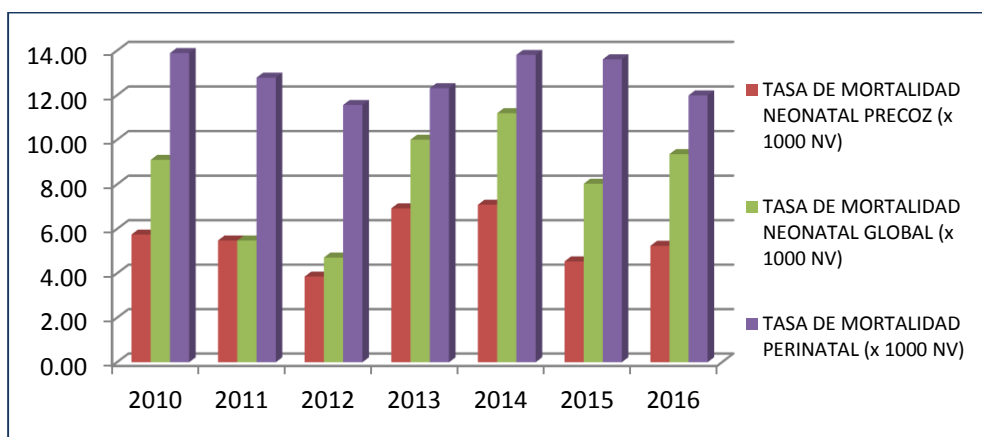


Gráfico 7: Tasas de Mortalidad Neonatal – Servicio de Neonatología (HNRPP).
Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) – HNRPP.
Elaboración: Propia.

Además, presentamos la mortalidad neonatal global promedio del Servicio de Neonatología del HNRPP en comparación con el nivel Departamental, Nacional, Continental y Mundial.

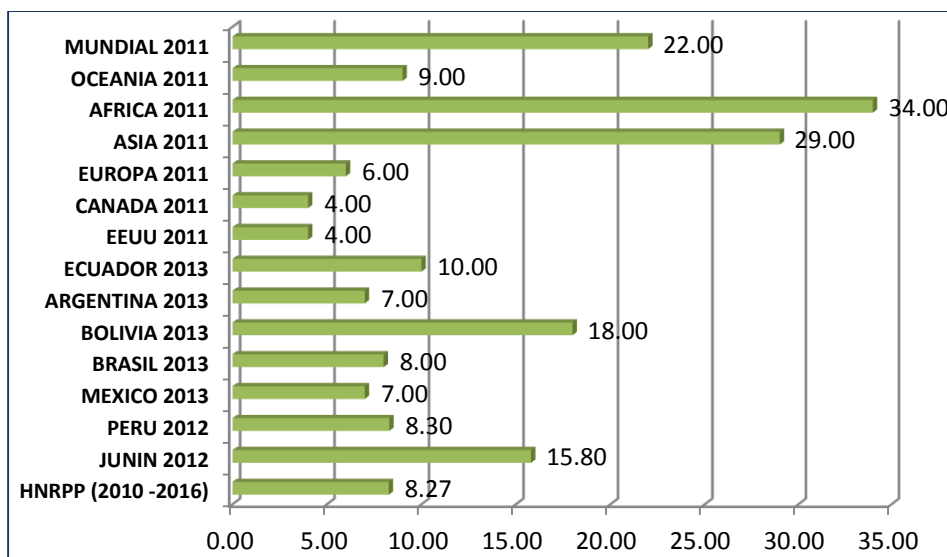


Gráfico 8: Comparación de la mortalidad neonatal global (x 1000 NV).
Fuente: SGH - HNRPP. ENDES 2012 / INEI. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 / OMS.
Elaboración: Propia.

Es necesario acotar que, a partir del año 2013, el Servicio de Neonatología ve rebalsada su capacidad física ante la creciente

demanda de la Red Asistencial Junín y la Macro Región Centro (que incluye Pasco, Huánuco, Huancavelica), lo que se puede observar en el empeoramiento de los perfiles de mortalidad neonatal a partir de dicho año: por lo que se inician diversas iniciativas para potenciar el Servicio. Adicionalmente, la Directiva N° 016-GG-EsSALUD-2014 que aprueba las Normas de Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – EsSALUD marca un hito importante en la consecución de dichas iniciativas, especificando equipamiento mínimo y distribución de personal óptimo para las mismas; por lo que este dispositivo es una base estratégica para el mejoramiento de nuestro Servicio.

En el siguiente gráfico, observamos las diez patologías más frecuentes en los egresos de la UCIN del HNRPP.

Nro	CIE-10	Diagnostico	Casos	%	% Acum
1	P36.9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	48	33%	33%
2	P22.9	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	24	16%	49%
3	P22.0	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	15	10%	60%
4	P22.1	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO	7	5%	64%
5	P91.4	DEPRESION CEREBRAL NEONATAL	5	3%	68%
6	P07.3	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	4	3%	71%
7	Q42.3	AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL ANO, SIN FISTULA	4	3%	73%
8	P23.9	NEUMONIA CONGENITA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	3	2%	75%
9	P24.0	ASPIRACION NEONATAL DE MECONIO	2	1%	77%
10	P21.0	ASFIXIA DEL NACIMIENTO, SEVERA	2	1%	78%
Total general			146	100%	

Gráfico 9: Perfil epidemiológico de la UCIN – HNRPP (2016).

Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria – HNRPP.

Elaboración: Propia.

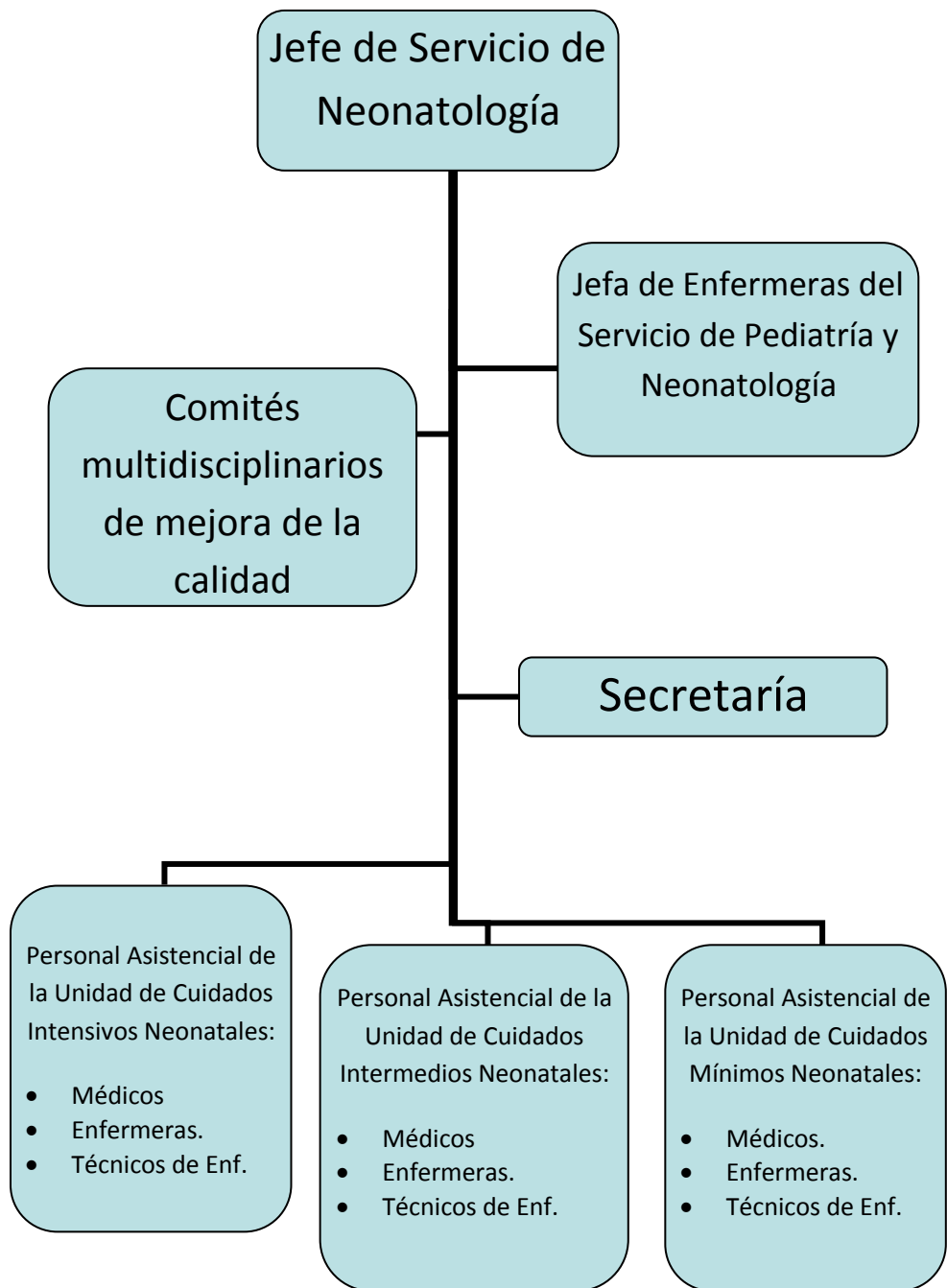


Gráfico 10: Organigrama funcional del Servicio de Neonatología del Hospital Ramiro Prialé Prialé – ESSALUD.

Fuente: Jefatura del Servicio.

Elaboración: Propia.

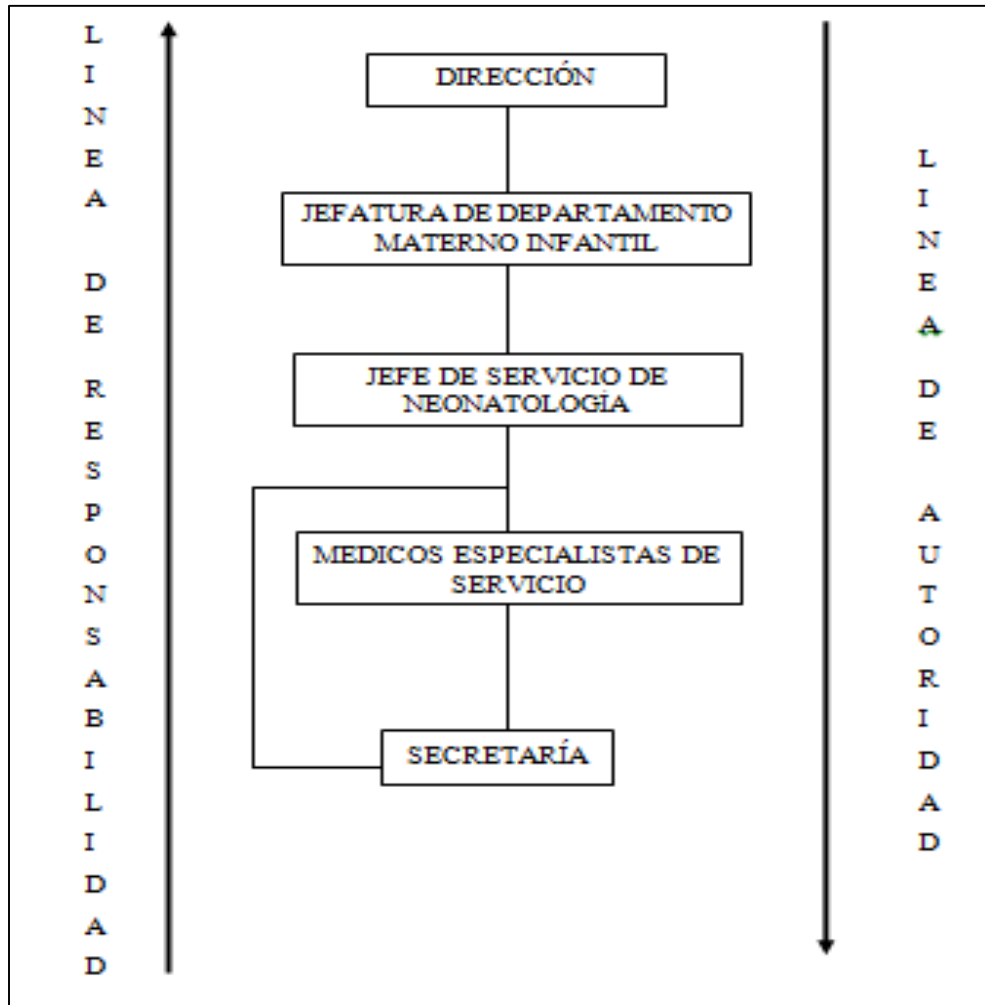


Gráfico 11: Relación Jerárquica de las Áreas Orgánicas del Servicio de Neonatología.

Fuente: Jefatura del Servicio.

Elaboración: Propia.

ANÁLISIS FODA DE LA UCIN DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA - HNRPP

Fortalezas

- Mayor capacidad resolutive en la atención especializada del Recién Nacido de alto riesgo con presencia a nivel Regional.
- Mejor infraestructura a nivel de la Macro Región Centro.
- Personal capacitado en áreas críticas de la atención del recién Nacido de alto riesgo.
- Formar parte de un hospital docente, con convenios vigentes con las Universidades de la región e institutos superiores.

- Desarrollo permanente de las actividades académicas en relación a la discusión de casos clínicos.
- Sede docente de Capacitación según convenios con el MINSA para el adiestramiento del personal de salud de enfermería perteneciente a otras instituciones de la región, así como de Residentado Médico en Pediatría.
- Cuenta con Guías de Práctica Clínica vigentes en concordancia a la Normativa Institucional Nacional.
- Cuenta con personal del Servicio dedicado a la docencia universitaria.
- Forma parte de una unidad estructural independiente en nuestro hospital (Servicio Asistencial de Neonatología).
- Propósito de revisión y actualización permanente de los documentos de gestión clínica institucional acorde con nuestra realidad, capacidad resolutive, tecnología actual y nuestra voluntad de cambio de nuevos paradigmas éticos.

Debilidades

- Carencia de políticas y planes de salud a largo plazo, así como sistemas de control y desempeño institucional a nivel de nuestra organización a nivel central.
- Inversión en actividades recuperativas sobre preventivas. Escaso desarrollo del Primer Nivel, que influye en la salud materna infantil.
- Dificultad en el conocimiento, aplicación y control de las guías de práctica clínica.
- Limitaciones en la integración de los sistemas de información a través de la telemática en el servicio.
- Desinformación en las funciones establecidas en el Servicio de Neonatología a través del manual de organización y Funciones.
- Insuficiente número de recursos humanos para la demanda creciente de neonatos patológicos.

- Deficiente infraestructura y equipamiento en relación a los estándares establecidos nacional e internacionalmente.
- Limitado trabajo en equipo con otros servicios especializados como Cardiología, Neurología, Oftalmología medicina Física y Rehabilitación.
- Incremento del estrés laboral y las malas relaciones interpersonales.
- Potencial incremento de las infecciones intrahospitalarias por el hacinamiento de los pacientes hospitalizados.

Oportunidades

- Posibilidad de establecer convenios con instituciones de mayor complejidad que cuente con UCIN, para la capacitación permanente del personal médico, Enfermería y técnicos de salud.
- Política institucional de reposición de equipos, con adquisición de nuevas tecnologías biomédicas y de información en relación a otras instituciones de salud de la región.
- Contar con la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014 (Resolución de Gerencia General N° 1364-GG- ESSALUD -2014) “Gestión e implementación de las Unidades Neonatales en los establecimientos de salud del Seguro social de Salud - EsSalud”, siendo su cumplimiento de responsabilidad de los Gerentes departamentales, hospitales, redes asistenciales, sub gerentes de salud , directores de hospitales y responsables de las unidades de Cuidados intensivos e intermedios, que especifica el número adecuado de pacientes por personal asistencial.

Amenazas

- Campañas de desprestigio institucional con énfasis en infecciones intrahospitalarias.

- Deterioro de la imagen institucional sin difusión adecuada de logros importantes a nivel de atención de salud.
- Desarrollo e Implementación de otras Unidades neonatales en MINSA y área privada.
- Falta de apoyo institucional para la capacitación internacional.

VALORES DE LA ORGANIZACIÓN – UCIN DEL HNRPP:

1. **Recurso humano:** Tener en mente que “nuestra gente es lo más importante”; por lo tanto, la realización, capacitación y atención a sus inquietudes deber ser atendidas en forma integral.
2. **Satisfacción de nuestros Clientes:** Una familia feliz es aquella en el cual sus hijos que se integran a su hogar no presenten o tengan secuelas mínimas como producto de su problema de salud perinatal.
3. **Innovación:** La innovación permanente de nuestra labor con creatividad y actividad académica debe ser la motivación diaria de nuestro accionar en la UCIN.
4. **Competencia:** Mantener siempre el ideal de ser el mejor Servicio de nuestro hospital, el que se verá reflejados en la calidad de nuestro producto.
5. **Calidad de Nuestro Trabajo:** Aspirar a ser mejores cada día deber ser la meta diaria a alcanzar en nuestra labor asistencial diaria, para que nuestros pacientes reciban asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas apropiadas (calidad percibida).

Visión del Servicio de Neonatología - HNRPP

“Ser el Servicio Líder a nivel Regional en la atención del Recién nacido, sobre todo en el neonato de alto riesgo, que se reflejará en nuestra

calidad institucional de servicio, logrando además alcanzar los menores índices de morbilidad perinatal”.

Misión del Servicio de Neonatología - HNRPP

“Realizar la atención Médica especializada, pertinente, oportuna, precoz, integral y eficiente, al recién nacido sano y enfermo, determinando y tratando la patología que lo aqueja y mejorando su calidad de vida, contribuyendo con la reducción de la pobreza de nuestra Región y País”.

2.2.2. Análisis Interno

2.2.1.1. Subsistema Razón de Ser

El estrés es un problema cotidiano para los padres de neonatos internados en las UCIN independiente del área geográfica o sistema de salud que las incluya y, junto con la depresión, ha sido reportada frecuentemente en numerosas investigaciones como es el caso de Gennaro SE et al. y Pöe DS et al. (Citados por Ruiz AL et al.2005)

Ruiz AL et al. (2005) afirman:

La experiencia demuestra que la internación en la UCIN provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño. (p. 37)

“El impacto de las teorías del vínculo íntimo y apego en el crecimiento neonatal motivó el desarrollo de políticas sanitarias que cambiaron la actitud del equipo asistencial en

relación al involucramiento de la familia en el cuidado del neonato” (Ramezani et al., 2014, p. 269).

El control del estrés parental relacionado a la estabilización del estado emocional paterno busca contribuir al bienestar de los asegurados y su núcleo familiar, en directa relación con el principio de Integralidad de la seguridad social, relacionado a la misión institucional de EsSalud: “Somos una institución de seguridad social de salud **que persigue el bienestar de los asegurados** y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, **integrales** y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

En ese sentido, la presente investigación se encuentra enmarcada y contribuirá al logro de la misión institucional.

2.2.1.2. Subsistema Tecnológico

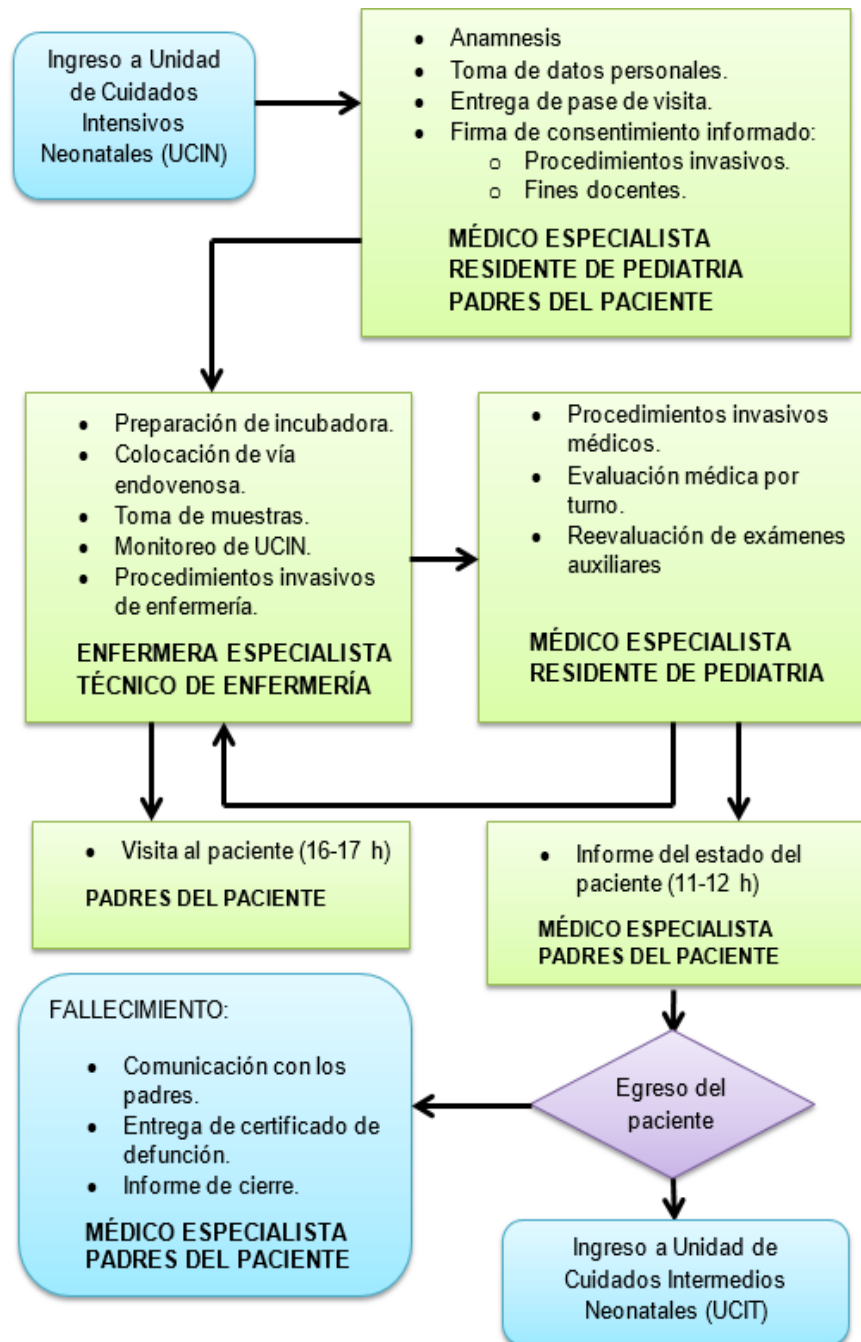


Gráfico 12: Proceso de atención del neonato en UCIN – HNRPP.
Fuente y Elaboración: Propia

Nudos Críticos

Nudo crítico I: Falta de abordaje sistemático del control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.

Nudo crítico II: Falta de concientización del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Nudo crítico III: Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial y limita la aplicación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Responsables

Jefes de Servicio de Neonatología del HNRPP (Médico y Enfermera).

Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería).

Brecha

No se evidencia implementación total o parcial del modelo de cuidado centrado en la familia en la UCIN del HNRPP.

No se evidencian iniciativas internas o externas explícitas de mejora de la calidad de atención en la UCIN del HNRPP.

No se planifican capacitaciones relacionadas al modelo de cuidado centrado en la familia en la UCIN del HNRPP.

Situación de alta exigencia laboral en la UCIN del HNRPP, que no se ve contenida con reducción de la brecha oferta-demanda o programas de salud ocupacional institucionales

para el manejo del Síndrome de Burnout. (Marrero & Grau, 2005)

2.2.1.3. Subsistema Estructural

Nudo crítico I: Falta de abordaje sistemático del control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): Seguimiento y cumplimiento estricto de la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014 que menciona, pero no detalla el manejo diferenciado con respecto a la integración de la familia en los cuidados del recién nacido, así como el método de soporte a brindar por el personal asistencial a fin de prevenir y contener el estrés parental (Cam LS, Fernández C, Cuba L, Colca R, Montano K & Chávez B, 2014). Tampoco se detalla en la NTS N° 106 - MINSA/DGSP - V.01 - Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Neonatal, que solo menciona “La atención neonatal en hospitalización debe ser oportuna, adecuada e integral para el manejo del neonato con complicaciones de acuerdo a la severidad del compromiso clínico, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad neonatal; promoviendo los **cuidados centrados en la familia**” (MINSA, 2013, p. 16). Incluso revisando el repositorio de datos del MINSA, solo se enuncia el concepto dentro del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad, lo que demuestra una total carencia de normas nacionales en el contexto del cuidado intensivo neonatal.

Nudo crítico II: Falta de concientización del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de

un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No han implementado acciones específicas para cumplir con el modelo de cuidado centrado en la familia. Incluso algunas normas institucionales (horario de visita, firma de consentimientos informados, etc.) dificultan la aplicación del modelo.

De forma aislada, se implementó en 2010 una iniciativa para interconsultas a Psicología para manejo de padres con estrés emocional severo, pero que no contó con adherencia de los Médicos del Servicio ni disponibilidad de horarios en los Consultorios Externos de Psicología, por lo que no continuó.

Nudo crítico III: Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial y limita la aplicación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): En base a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014, se ha proyectado una brecha oferta-demanda negativa en todos los grupos ocupacionales, la que persiste sin ser atendida en los últimos 4 años a pesar de ser sustentada incluso en persona, demostrando escasa capacidad de respuesta de los directivos del nivel central frente a la demanda creciente a nivel local y las restricciones del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) al que la administración de EsSalud está inscrita por la Ley 29626 “Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2011”, en las que predominan los criterios empresariales de utilidad más que la gestión sanitaria.

BRECHA

No se cuenta con una norma nacional o institucional que detalle de forma sistemática la implementación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de UCIN, en específico: recursos humanos y financieros, actividades a implementar, objetivos específicos, entre otros.

No se identifican iniciativas internas sobre el particular, aunque se observa un reciente impulso por el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad de atención de salud, incipiente desde el punto de vista que se supedita a iniciativas individuales que postulan a recursos ordinarios (no se observan trámites diferenciados ni estímulos de cualquier tipo para su realización).

No se ha cubierto la brecha oferta-demanda asistencial en la UCIN del HNRPP, a pesar de múltiples gestiones al respecto; tampoco hay una política institucional de incorporación de recursos humanos acorde a las necesidades reales ante las regulaciones presupuestales establecidas por FONAFE.

2.2.1.4. Subsistema Sicosocial

Nudo crítico I: Falta de abordaje sistemático del control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.

Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): No se encuentran sensibilizados en el modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia ni capacitados en control de estrés parental, a pesar de su alto grado de especialización asistencial.

Nudo crítico II: Falta de concientización del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un

cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): A nivel asistencial, todos los Médicos de planta son Pediatras certificados con más de dos años de experiencia en UCIN (incluyendo dos neonatólogos) y casi la totalidad de enfermeras cuentan con la subespecialidad de Cuidados Intensivos Neonatales. A pesar de ello, no se encuentran sensibilizados en las consecuencias del impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados. La sobrecarga laboral asociada al Síndrome de Burnout produce desgaste emocional (depleción de recursos de soporte emocional o físico) y despersonalización (indiferencia, distanciamiento interpersonal, e insensibilidad hacia los pacientes), que limitan el impacto de una propuesta de mejora como la propuesta.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No han proyectado capacitaciones al personal en Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF) al subestimar el impacto de dicha intervención. Además, su limitada programación administrativa no es suficiente para desarrollar adecuadamente proyectos de mejora de la calidad de atención.

Nudo crítico III: Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial y limita la aplicación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): Cumplen con perfil para el nivel de complejidad de la UCIN de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-

ESSALUD-2014, pero las plazas asistenciales habilitadas son insuficientes para cubrir adecuadamente la labor en UCIN de acuerdo a la misma Directiva, lo que limita la posibilidad de desarrollo de iniciativas de mejora de la calidad de la atención y potencia la aparición del Síndrome de Burnout (Marrero & Santos, 2005).

Brecha

No se evidencia un perfil específico, ya sea promovido por la institución o desarrollado individualmente, para las competencias y habilidades del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de la UCIN.

No hay un plan de capacitaciones proyectadas para permitir una implementación progresiva de dicho modelo, al no haberse contemplado institucionalmente dicha estrategia a pesar de los beneficios efectivos citados en la bibliografía revisada líneas arriba.

El estado de sobrecarga laboral en la UCIN del HNRPP limita la implementación y el impacto de programas de mejora de la calidad.

2.2.1.5. Subsistema Gestión

Nudo crítico I: Falta de abordaje sistemático del control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No se contempla en Plan Operativo, el cual está enfocado totalmente a actividades recuperativas y de capacitación.

Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): En proceso de capacitación para desarrollo

de proyectos de mejora de la calidad por iniciativa institucional, con apoyo de las Jefaturas de Servicio, pero sin asignación específica de recursos.

Nudo crítico II: Falta de concientización del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No se han programado capacitaciones para tal fin en el Plan Local Institucional ni otras estrategias de apoyo a nivel interno.

Nudo crítico III: Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial y limita la aplicación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): Tras repetidas gestiones de ambas Jefaturas, se ha logrado cubrir dicha brecha parcialmente mediante la asignación de horas extras; aunque esta medida no ha solucionado totalmente el problema, ya que el mismo personal con sobrecarga laboral es el que cubre los turnos adicionales. El médico jefe ha gestionado el apoyo por 70 horas extras mensuales de una Pediatra adscrita al Hospital I Tarma, lo que alivia parcialmente la carga laboral del personal médico. La habilitación presupuestal para plazas asistenciales depende exclusivamente de la Gerencia Central Lima al tener el HNRPP nominalmente un nivel de complejidad de Hospital Nacional, pero su cuadro de asignación de personal no se ha reajustado posterior al ascenso de categoría previo (III-1). Este punto limita sobremanera la posibilidad de

capacitaciones externas ante la imposibilidad de cubrir incluso la brecha actual.

BRECHA

No se evidencia un plan de gestión específico para el desarrollo de competencias y habilidades del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de la UCIN, tampoco se ha incluido en el plan operativo institucional alguna estrategia similar, ni en el plan local de capacitación.

La compensación del déficit de recursos humanos en la UCIN del HNRPP mediante las horas extras es una estrategia ineficiente ya que empeora el estado de saturación del personal y potencia posteriores estados comórbidos como el Síndrome de Burnout.

No se ha ejecutado un ajuste del cuadro de asignación del personal acorde al nivel de complejidad del HNRPP, estando supeditada a un nivel de gestión superior dicha medida.

En el ANEXO D se detalla el instrumento para análisis interno, que incluye el abordaje por subsistemas: Estructural, Psicosocial y de Gestión.

2.2.3. Entorno Organizacional

2.2.1.6. Entorno Inmediato

Padres de pacientes hospitalizados en UCIN del Servicio de Neonatología del HNRPP.

El HNRPP no cuenta con población adscrita por lo que brinda atención a los centros de EsSalud de la Macro Región Centro, que incluyen a la Red Asistencial Junín, Huancavelica,

Huánuco, Pasco y de forma contingencial a la Red Asistencial Ayacucho.

El HNRPP como cabeza de la Macro Región Centro (que incluye los Departamentos de Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Pasco) tiene 8329 nacidos vivos potenciales a atender. Pero, por barreras geográficas, la Red Asistencial Ayacucho no efectiviza dicho Sistema de Referencias. Todo ello se refrenda en el gráfico 13:

	PARTOS VAGINALES ₁	PARTOS POR CESAREA ₁	TOTAL DE PARTOS ₁	NACIDOS VIVOS ₁	MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15-44 años) ₂
RA JUNIN	2599	898	3497	3503	80299
- HNRPP	2159	711	2870	2885	0*
- PERIFERIA ₂	440	187	627	618	80299
RA AYACUCHO	577	483	1060	1067	
RA HUANCAVELICA	450	167	617	616	
RA HUANUCO	1360	697	2057	2058	
RA PASCO	800	285	1085	1085	
TOTAL	5786	2530	8316	8329	

RA = RED ASISTENCIAL

* = SIN POBLACION ADSCRITA

Gráfico 13: Número de partos y nacimientos de la Macro Región Centro – EsSalud (2015).

Fuente: - Oficina de gestión y desarrollo - Red asistencial Junín (RAJ) – EsSalud. Oficina de coordinación de prestaciones y atención primaria – RAJ – EsSalud. Gerencia central de seguros y prestaciones económicas- EsSalud.

Elaboración: Propia.

Así, sólo tendríamos 7262 nacidos vivos para toda la Macro Región Centro (3503 de la RAJ, y 3759 del resto de la Macro Región Centro). Por cuestiones de disponibilidad de cupos funcionales en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatales, sólo se reciben aproximadamente el 30% de las Referencias de las Redes de la Macro Región Centro fuera de la RAJ (Fuente: Estadística de la Jefatura de Servicio de Neonatología – HNRPP).

Considerando un promedio mensual de 16 referencias tramitadas de dichos establecimientos a la UCI Neonatal

(Fuente: Unidad de Referencias y Contrarreferencias del HNRPP), tenemos al menos 192 neonatos de alto riesgo como población objetivo real a ser cubierta fuera de la Red Asistencial Junín (5,1% del total de nacidos vivos fuera de la RAJ), de los que finalmente solo han podido ser atendidos 58 neonatos por año (Es decir 1,54% de 3759 nacidos vivos de los Departamentos de Huancavelica, Pasco y Huánuco).

Por tanto, tendríamos un promedio de 05 padres de familia por mes que tienen a sus hijos internados en la UCIN del HNRPP pero que no son de la localidad, y por lo tanto enfrentan mayores limitaciones a su permanencia en el Servicio, al requerir alimentación, albergue, etc. que no pueden ser asumidos por la Institución y que, al estar lejos de su entorno familiar, ven reducidas sus barreras de contención para enfrentar el estrés producto del internamiento de sus recién nacidos.

La reacción que puede generar el internamiento de un recién nacido largamente esperado, en unos padres con grandes expectativas, es claramente abrumadora y alarmante. Diversos reportes ratifican lo anterior, con la subsecuente aparición de reacciones de estrés y depresión en los padres, las que afectan negativamente su relación con el neonato enfermo y reducen el desarrollo de apego (Wormald et al., 2015, p. 303).

A su vez, la alteración en el rol de cuidadores producto de la hospitalización, el impacto del aspecto del menor y la gravedad de su estado, así como el entorno plenamente cambiante y agitado de una UCIN (alarmas, procedimientos, empeoramientos intempestivos), constituyen agentes estresores adicionales para los padres que incrementan el impacto negativo antes citado (Shaw et al., 2006, p. 209). Este

estado emocional alterado de los padres deteriora la relación interpersonal y la comunicación con el personal de salud (Aguñaga-Zamarripa et al., 2016).

Adicionalmente, el contexto socio cultural de la población de la Región Centro incluye creencias sobre las causas de las enfermedades neonatales basadas en tradiciones y valores propios del entorno, así como una predisposición a la desconfianza en el manejo médico convencional, lo que condiciona una situación de aculturalidad, que incrementa la posibilidad de reacciones de estrés parental de mayor severidad.

Este fenómeno se ha documentado para numerosos grupos étnicos fuera de su entorno habitual por la necesidad de atención de salud en UCIN.

Por ejemplo, en un estudio que valoraba el estrés parental en padres de origen chino que tenían niños de menos de un año de edad internados en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátrico, se confirmó que la creencia en sus valores culturales se relacionó con una intensificación del estrés parental, ya que “la filosofía china y las creencias religiosas influyen fuertemente en el modo de pensar chino sobre la salud y el cuidado de la salud” (Lee SY, Lee KA, Rankin SH, Alkon A & Weiss SJ, 2005, p. 324)

Un fenómeno sumamente interesante a todos los grupos étnicos latinoamericanos migrantes en países del primer mundo (Estados Unidos: EEUU, específicamente) es la “Latina Paradox” que identifica menores tasas de morbilidad neonatal en latinas migrantes, incluso mejores que en las mujeres originarias de EEUU, a pesar de la conocida asociación entre resultados neonatales y status socioeconómico.

Se tratan de esbozar numerosas explicaciones al respecto, entre ellas, un fuerte apoyo cultural para la maternidad, prácticas dietéticas tradicionales saludables y la norma de la devoción desinteresada al papel maternal (marianismo) que involucra el apoyo de todo el entorno familiar, y la transmisión de conocimientos de generación a generación. (McGlade MS, Saha S & Dahlstrom ME, 2004)

Modelos similares de soporte a través de la familia extendida (cuñadas, suegras, etc.) o de ancianos respetados como agentes comunales de salud también se presenta en grupos tribales de Sudáfrica, con resultados positivos. (Irlam LK & Bruce JC, 2002)

Este contexto sería un potencial elemento beneficioso para la mejora de indicadores neonatales que lamentablemente no estamos valorando en la actualidad y que el modelo expresado en esta Propuesta de Mejora si incluye.

Lalaleo et al. (2014) afirman que:

Si bien las familias de los niños hospitalizados responden en forma distinta según su contexto sociocultural, en general la hospitalización lleva a una alteración del equilibrio del sistema familiar. Con frecuencia, los padres del niño hospitalizado experimentan sentimientos de miedo, impotencia, vulnerabilidad, culpa, auto recriminación, frustración, temor por el futuro, sensación de que fallaron como padres, temores por la enfermedad del niño y las secuelas que deje, la muerte. La hospitalización de un niño es una situación que origina un período de crisis para los padres; este hecho afecta tanto a los padres como a todo el núcleo familiar. Los padres al tener a su hijo enfermo se plantean un futuro incierto con respecto a la vida y salud del niño, lo que demanda al equipo de salud desde el principio gran cantidad de cuidados y atención hacia ellos, ya que necesitan de apoyo para aceptar su situación actual y superar la crisis situacional vivida. (p.18)

BRECHA

El proceso de internamiento del neonato genera depresión y estrés en los padres, relacionándose negativamente con el personal asistencial de la UCIN e incluso alterando su vínculo con el mismo paciente.

Los padres de neonatos hospitalizados en UCIN procedentes fuera de la Ciudad de Huancayo presentan limitaciones (alimentación, albergue, lejanía de la familia, etc.) en su estancia que pueden incrementar el estrés parental.

El aspecto cultural de la población de la Región Centro puede afectar negativamente en el control del estrés parental en UCIN.

2.2.1.7. Entorno Intermedio

Oficina de Gestión de la Calidad del HNRPP.

Por Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2016 del 22 de agosto del 2016, se ha estructurado un Sistema de gestión de la calidad del Seguro Social de Salud- EsSalud, cuya organización se detalla en el gráfico adjunto.

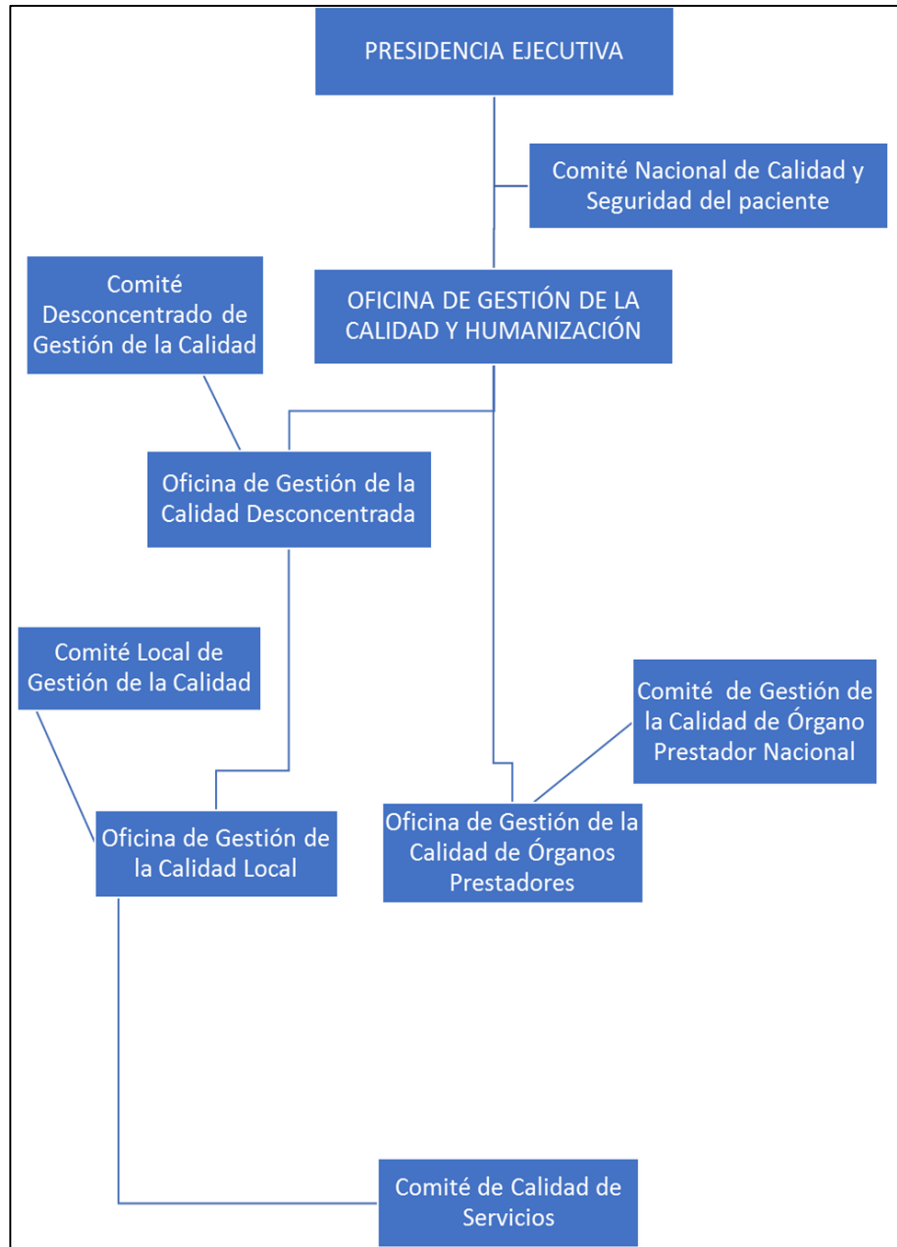


Gráfico 14: Organización del Sistema de Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud - EsSalud.

Fuente: Anexo 1 - Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2016 – Sistema de Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud – EsSalud.

En el nivel intermedio, la Oficina de Gestión de la Calidad Local (OGCL) es la unidad orgánica encargada del proceso de gestión de la calidad, y cuenta con un número mínimo de personal dedicado a tiempo completo. Se divide en las siguientes unidades funcionales:

- **Mejora continua y satisfacción del usuario.**
- Acreditación.
- Seguridad del Paciente.
- Humanización.
- Auditoría y Monitoreo de adherencia a las Guías de Práctica Clínica.

Dentro de sus funciones específicas, estas Unidades deberán ejecutar actividades de supervisión, monitoreo, evaluación y asistencia técnica a las Unidades productoras de Servicios de Salud (UPSS).

En el nivel micro, es el Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud (CGCSS) el órgano funcional encargado de dicho proceso dentro de cada UPSS y está constituido (según nivel de atención) por:

- Médico Jefe de Servicio (Preside).
- Profesional de Salud afín: Enfermero(a), Obstetra, Psicólogo(a), Nutricionista, Tecnólogo médico u otro según corresponda.
- Técnico (a) del Servicio.
- Personal de limpieza y servicios auxiliares.

Las funciones específicas del CGCSS son:

- Participación en la elaboración del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Institución prestadora de Servicios de salud (IPRESS).
- Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, Plan Anual de Gestión de la Calidad y planes

específicos y directivas vigentes en gestión de la calidad.

- Monitorización del cumplimiento de los estándares para el logro de la acreditación de la IPRESS bajo el ámbito de su competencia.
- Propuesta e implementación de estrategias dirigidas a la mejora de la satisfacción del usuario.
- Difusión entre los colaboradores de las herramientas de gestión de la calidad.
- Monitorización del cumplimiento del registro, notificación, análisis y mitigación de los eventos adversos en los procesos de atención de los asegurados en su servicio.

En el HNRPP, desde Setiembre del 2016, se está difundiendo la Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2016 al equipo de gestión institucional a fin de sensibilizar a los colaboradores sobre la necesidad de constituir los CGCSS dentro de cada Servicio e iniciar el proceso de planificación de sus actividades dentro de lo definido por dicha Directiva institucional. A pesar de ello, no se ha implementado una programación de recursos humanos y materiales para la consecución de dicho objetivo.

Como antecedente, ante la Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) al HNRPP en agosto del 2015, se creó el Comité de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del HNRPP, que presentó un Plan de Calidad y Seguridad del paciente (octubre 2015 - Setiembre 2016) que incluye cuatro actividades:

- Vigilancia activa de los eventos adversos relacionados a infección nosocomial, procedimientos (médicos o quirúrgicos), diagnóstico, medicación, cuidados y otros.
- Implementación de las rondas de seguridad.
- Mejora de calidad en los procesos de atención de los usuarios externos en los Servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.
- Implementación de una estrategia de higiene de manos en la atención de salud limpia y segura.

En conclusión, antes y después de la Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2016, no se ha constituido institucionalmente en el ámbito local un órgano específico que promueva, monitorice y desarrolle iniciativas de mejora de la calidad.

- Gerencia de Red Asistencial Junín-EsSalud.

Aunque en el Organigrama Estructural de EsSalud (actualizado y concordado por Resolución N° 767- PE-ESSALUD-2016) el HNRPP es un órgano desconcentrado que depende directamente de la Gerencia Central, aún no cuenta con autonomía administrativa ni financiera por lo que los procesos de implementación de Unidades dependen de la Gerencia de la Red Asistencial Junín.

A pesar del apoyo en la incorporación de recursos humanos y equipamiento brindado al Servicio de Neonatología, no se observan medidas específicas tomadas por ese Despacho para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad en observancia a la Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2016, a pesar de ser responsable de ello (Numeral V, Responsabilidad - Página 6).

Brecha

No existe una Oficina de Gestión de la Calidad Local (OGCL) organizada con personal dedicado a tiempo completo. Tampoco se ha desarrollado la Unidad funcional de Mejora continua y Satisfacción del usuario ni el Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, a pesar de contarse con una Directiva Institucional definida para tal fin; lo que limita la implementación de proyectos de mejora de la atención en salud.

2.2.1.8. Tendencias Globales

Se encuentran documentadas por múltiples estudios a nivel mundial que evidencian el impacto positivo teórico, práctico, económico y social en el numeral 1.3 **Justificación del Plan**. (Ramezani et al., 2014).

Por ello, se demuestra que esta Investigación está alineada a las tendencias globales y muestra beneficios de forma objetiva.

2.2.4. Alianzas Estratégicas

Intrainstitucionales

Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, a través de la Lic. Arminda Gil Castañeda, miembro del Capítulo Nacional de Enfermería de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN) y conocedora del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia para las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales: Asesoría y Capacitación al personal de salud.

Extra institucionales

Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Madre-Niño “El Carmen”, como Centro de Referencia Regional a nivel MINSA (atiende más de 6 000 partos anuales, casi el triple de nuestra capacidad actual): Socio estratégico para gestionar capacitaciones en pleno a nuestro personal asistencial y retroalimentación mediante reuniones periódicas conjuntas.

2.2.5. Diagnóstico de Realidad Problema

- En la presente investigación se evidencian brechas entre la realidad actual y la realidad ideal, lo que refleja aspectos específicos en los que se evidencian problemas.
- Se observa que los problemas se encuentran tanto a nivel interno como en el entorno.
- A nivel interno, encontramos los siguientes problemas:
 - No se evidencia implementación total o parcial del modelo de cuidado centrado en la familia en la UCIN del HNRPP.
 - No se evidencian iniciativas internas o externas explícitas de mejora de la calidad de atención en la UCIN del HNRPP.
 - No se planifican capacitaciones relacionadas al modelo de cuidado centrado en la familia en la UCIN del HNRPP.
 - Situación de alta exigencia laboral en la UCIN del HNRPP, que no se ve contenida con reducción de la brecha oferta-demanda o programas de salud ocupacional institucionales para el manejo del Síndrome de Burnout. (Marrero & Grau, 2005)
 - No se cuenta con una norma nacional o institucional que detalle de forma sistemática la implementación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de UCIN, en específico: recursos humanos y financieros,

actividades a implementar, objetivos específicos, entre otros.

- No se identifican iniciativas internas sobre el particular, aunque se observa un reciente impulso por el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad de atención de salud, incipiente desde el punto de vista que se supedita a iniciativas individuales que postulan a recursos ordinarios (no se observan trámites diferenciados ni estímulos de cualquier tipo para su realización).
- No se ha cubierto la brecha oferta-demanda asistencial en la UCIN del HNRPP, a pesar de múltiples gestiones al respecto; tampoco hay una política institucional de incorporación de recursos humanos acorde a las necesidades reales ante las regulaciones presupuestales establecidas por FONAFE.
- No se evidencia un perfil específico, ya sea promovido por la institución o desarrollado individualmente, para las competencias y habilidades del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de la UCIN.
- No hay un plan de capacitaciones proyectadas para permitir una implementación progresiva de dicho modelo, al no haberse contemplado institucionalmente dicha estrategia a pesar de los beneficios efectivos citados en la bibliografía revisada líneas arriba.
- El estado de sobrecarga laboral en la UCIN del HNRPP limita la implementación y el impacto de programas de mejora de la calidad.
- No se evidencia un plan de gestión específico para el desarrollo de competencias y habilidades del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de la UCIN, tampoco se ha incluido en el plan operativo institucional alguna estrategia similar, ni en el plan local de capacitación.

- La compensación del déficit de recursos humanos en la UCIN del HNRPP mediante las horas extras es una estrategia ineficiente ya que empeora el estado de saturación del personal y potencia posteriores estados comórbidos como el Síndrome de Burnout.
- No se ha ejecutado un ajuste del cuadro de asignación del personal acorde al nivel de complejidad del HNRPP, estando supeditada a un nivel de gestión superior dicha medida.
- A nivel del entorno observamos los siguientes problemas:
 - El proceso de internamiento del neonato genera depresión y estrés en los padres, relacionándose negativamente con el personal asistencial de la UCIN e incluso alterando su vínculo con el mismo paciente.
 - Los padres de neonatos hospitalizados en UCIN procedentes fuera de la Ciudad de Huancayo presentan limitaciones (alimentación, albergue, lejanía de la familia, etc.) en su estancia que pueden incrementar el estrés parental.
 - El aspecto cultural de la población de la Región Centro puede afectar negativamente en el control del estrés parental en UCIN.
 - No existe una Oficina de Gestión de la Calidad Local (OGCL) organizada con personal dedicado a tiempo completo. Tampoco se ha desarrollado la Unidad funcional de Mejora continua y Satisfacción del usuario ni el Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, a pesar de contarse con una Directiva Institucional definida para tal fin; lo que limita la implementación de proyectos de mejora de la atención en salud.

2.2.6. Problemas Institucionales

Tras el análisis de lo vertido líneas arriba, encontramos los siguientes problemas institucionales:

Problema principal:

Estrés no controlado en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud-HUANCAYO).

Problemas secundarios:

- A pesar de numerosas experiencias internacionales exitosas en UCIN, a nivel organizacional se desconoce la importancia de la implementación del Modelo de Cuidado centrado en la familia, en concreto dentro del ámbito neonatal como elemento de contención del impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, careciendo de productos específicos para tal fin.
- Falta de concientización del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.
- La brecha oferta-demanda negativa no atendida en la UCIN neonatal, asociada al alto nivel de exigencia laboral propia de ser un área crítica, impide el desarrollo de iniciativas de mejora, limita la implementación y reduce el impacto de programas de mejora de la calidad.
- No se ha desarrollado en la Organización un modelo estructurado que permita el desarrollo sostenible de proyectos de mejora continua en atención de salud, a pesar de contarse con Normas Institucionales vigentes para tal fin.

Capítulo III: La Formulación

3.1. Marco Teórico

3.1.1. Bases teóricas

Se define como evento traumático, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Quinta Versión (la más reciente: DSM-5), al que “implique una amenaza o concreción de muerte, lesiones graves o de violencia sexual; ya sea experimentándolo directamente o como testigo presencial, en especial de un familiar o amigo cercano, e incluyendo exposición extrema o repetida a detalles aversivos”. (American Psychiatric Association, 2014, s/n).

Aunque “no todo el que experimenta un trauma resulta traumatizado” (Meadors et al., 2009-2010, p. 108), es lógico suponer que los padres de neonatos internados en UCIN se encuentran sumamente propensos a esta condición.

Los eventos traumáticos pueden desencadenar respuestas de estrés y llegar incluso a desórdenes mentales catalogados como tales por el mismo Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la APA en su Quinta Versión (DSM-5) como:

- Trastorno de estrés agudo (TEA - código F43.0), que implica la exposición al evento traumático más la presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas en las esferas de raciocinio y ánimo, y alteraciones marcadas en excitación y reactividad; iniciados o empeorados tras el evento y con una duración mayor a tres días, pero menor a un mes. (American Psychiatric Association, 2014)

- Trastorno de estrés post traumático (TEPT - código F43.10), que implica la exposición al evento traumático más la presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas en las esferas de raciocinio y ánimo, y alteraciones marcadas en excitación y reactividad; iniciados o empeorados tras el evento y con una duración mayor a un mes. (American Psychiatric Association, 2014)

De lo anterior se desprende que el Trastorno de estrés agudo (TEA) sería el precursor del Trastorno de estrés post traumático (TEPT), al que progresaría de no desarrollarse apropiadamente mecanismos de contención en el entorno o de afrontamiento a nivel personal (coping style). Bryant RA (citado por Shaw RJ, Bernard R, Deblouis T, Ikuta L, Ginzburg K & Koopman C. 2009) afirma que “el 75% de pacientes que desarrollan TEA pueden cumplir con los criterios diagnósticos para TEPT hasta 2 años después del evento traumático inicial” (p. 131).

Para comprender el origen del estrés, citamos la teoría transaccional de Lazarus R & Folkman S (citados por Paris & Omar. 2008), que afirma:

La experiencia del estrés es una construcción de naturaleza predominantemente subjetiva desde el momento que los individuos movilizan tanto factores personales como situacionales para evaluar el potencial perjudicial de los eventos. Cuando el sujeto siente que no cuenta con los recursos o estrategias suficientes para afrontar las demandas que percibe como estresantes, experimenta diferentes niveles de estrés que pueden llegar a vulnerar su equilibrio y bienestar psicológicos (p. 240).

Resaltando el componente individual en el impacto de los agentes estresores, Aguiñaga-Zamarripa et al. (2016) afirman que:

La valoración de la influencia del estrés ambiental en la conducta de las personas requiere de la indagación clínica de sus fortalezas adaptativas como respuesta sociopsicofisiológica a los estresores ambientales,

estos pueden ser vistos como la perturbación psicofisiológica de la homeostasis y surgen cuando existe un desequilibrio actual o percibido de las demandas y capacidades entre el individuo y su ambiente social. (p. 28)

Para poder comprender la respuesta del individuo frente al estrés debemos revisar lo descrito por Lazarus R (citado por Chau C, Morales Córdova H & Wetzell Espinoza M. 2002), que define el afrontamiento o “coping style” como “el proceso por el cual un individuo se esfuerza cognitiva y conductualmente para enfrentar una situación considerada estresante para después ejecutar una acción. Su función principal es reducir la tensión y devolver el equilibrio (la homeostasis general) al organismo” (p. 97).

Carver, Scheier y Weintraub (citado por Chau C, Morales Córdova H & Wetzell Espinoza M. 2002) definen los estilos de afrontamiento como:

- Enfocados en el problema:
 - Afrontamiento activo: actuar con el fin de solucionar el problema.
 - Planificación: elaborar una estrategia.
 - Supresión de actividades competentes: dejar de hacer otras actividades con el fin de concentrarse en el problema.
 - Postergación del afrontamiento: esperar el momento adecuado para actuar.
 - Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales: buscar el consejo de los demás, alguna opinión o información relevante, etc.
- Enfocados en la emoción:
 - Búsqueda de apoyo social por motivos emocionales: buscar apoyo moral.
 - Reinterpretación positiva y crecimiento: ver el lado positivo o bueno del problema.
 - Aceptación: aceptar y asumir el problema.
 - Acudir a la religión.
 - Negación: negar que exista el problema.

- Enfocados en la percepción (también conocidos como Estilos evitativos):
 - Enfocar y liberar emociones: liberar las emociones de manera abierta.
 - Desentendimiento conductual: dejar de actuar a fin de solucionar el problema.
 - Desentendimiento mental: tratar de distraerse para no pensar en el problema. (p. 97-98)

Evaluando la dimensión del estrés, su contención (también denominado “**control**”), negación del estrés y actitud defensiva represiva, podemos identificar a cuatro grupos de padres de acuerdo a su personalidad:

- Represores: Altos niveles de contención y bajos niveles de estrés.
- No reactivos: Niveles bajos de contención y estrés.
- Reactivos: Bajos niveles de contención y altos niveles de estrés.
- Supresores: Altos niveles de contención y altos niveles de estrés. (Shaw et al., 2006).

Desde el punto de vista psicológico, clásicamente se definen tres tipos de “**control**”:

- Control conductual: acción directa sobre el medio ambiente.
- Control cognitivo: reducción de la incertidumbre y la imposición de sentido sobre los acontecimientos.
- Control decisional: elección entre los cursos de acción alternativos. (Averill JR, 1973)

Es mediante el “**control**” del agente estresor que se trata de contener o atenuar los efectos deletéreos secundarios al evento traumático; y aunque pueda intuirse que, a mayor control, mejor respuesta adaptativa, este mecanismo no siempre depara efectos positivos.

La percepción de control, es decir, la creencia de que en un momento dado podemos ejercer control de manera efectiva, puede ser suficiente para reducir los efectos negativos derivados de una situación de estrés,

aunque el control real no se llegue a ejercer. Sin embargo, tampoco podemos caer en la simplificación de creer que cuanto mayor sea la percepción de control mejor nos adaptamos a la situación. De hecho, en algunas circunstancias, el control puede llevar a incrementar la sensación de amenaza, la ansiedad o el comportamiento desadaptativo. (Valera S, Pol E & Vidal T, n.d., s/n)

El primer estudio que abordó la incidencia del TEA en los padres de neonatos internados en la UCIN fue el de Shaw et al. (2006), que encontró un 28% de incidencia de dicho trastorno en la población estudiada (40 padres, entre varones y mujeres). Además, encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto al género (femenino vs masculino: 50% vs 0%) y caracterizó a la alteración en el rol parental (incapacidad para cuidar al neonato, protegerlo del dolor y presentarlo a su familia) como el factor más estrechamente relacionado con el TEA. (Shaw et al., 2006)

Las reacciones de control frente al estrés y estilo supresor se asocian con mayor frecuencia al TEA. Amir (citado por Shaw et al. 2006) considera que ello se debe a que “fortalecen la evitación y no permiten un procesamiento adecuado de los eventos traumáticos” (p.210).

Partiendo de lo anterior, la participación organizada para estructurar mecanismos de soporte en estos padres, y desarrollar en ellos habilidades en el cuidado de su bebé influirá directamente en la reducción de la incidencia del TEA parental.

El rol protector de la cohesión familiar y la expresividad, así como el efecto negativo del uso del control para mantener la funcionalidad del sistema familiar, pueden reflejar el rol positivo del soporte social y el impacto patogénico de la tendencia paterna de intentar controlar un entorno incontrolable como el de la UCIN. (Shaw et al., 2006, p. 210)

Las intervenciones deben enfocarse en reducir los sentimientos de inadecuación y desamparo en los padres para establecer un rol parental, incluso en neonatos severamente comprometidos. Los hallazgos sugieren que también es importante preparar a los padres, en la medida

de lo posible, para las reacciones psicológicas esperables en la UCIN y, además, darles apoyo durante su transición al cuidado en el hogar. Dichas intervenciones deben incluir estrategias de afrontamiento adaptativas, utilizando soporte parental o de pares y programas de “debriefing” (interrogatorio) tras la hospitalización. (Shaw et al., 2006, p. 211)

En específico sobre esta técnica, Valero S (citado por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. 2007) afirma:

El Debriefing es una aproximación al manejo del estrés como respuesta subsiguiente a un trauma o incidente crítico, es un “reajuste psicológico” que ha sido clasificado como “desahogo” de la tensión generada por el incidente. El Debriefing acelera el proceso de recuperación emocional mediante la ventilación de los sentimientos, no se evalúa lo que se piensa, sino como se reaccionó y qué se sintió con respecto al incidente. (p.50)

Considerando el PERÍODO neonatal como la culminación de una gran expectativa para los padres, la necesidad de internamiento en UCIN es la base para el desarrollo de estrés parental. Lalaleo et al. (2014) afirman que:

Es importante entender que la decisión de hospitalizar el niño se toma generalmente con un cierto temor e incertidumbre por parte de los padres. Hospitalizar puede significar separarse del niño(a), dejarlo solo. Los horarios de visita y las restricciones al acompañamiento limitan la posibilidad de contacto y esto es vivido por muchos padres con inmensa frustración, temen que en su ausencia el niño no sea bien tratado, se lo ignore o que el personal médico de turno olvide darle la medicina o tratamiento que necesita. Temen que algo falle y ellos no estén presentes para ayudar. Temen que el niño sufra en su ausencia, e incluso que muera. (p. 16)

El ingreso de un niño a la Unidad de Cuidado Crítico Neonatales provoca mucha tensión y ansiedad en la familia. Los padres temen que sus hijos mueran, sufran dolor, sus necesidades son múltiples: necesidad de

afecto, necesidad de recibir información precisa, actualizada y congruente, necesidad de sentirse útiles, necesidad de participar en el cuidado de su hijo como lo han hecho desde su nacimiento. Las enfermedades no tienen solo repercusión sobre el niño, también se afecta todo su entorno familiar, hay repercusiones económicas, de dinámica interna, relaciones sociales. Con frecuencia se ve afectado el trabajo de los padres, o por lo menos el de la madre, se puede ver afectado también el estudio de los hermanos y en general todas las actividades de la vida diaria. (p. 17)

El impacto negativo del internamiento se ve intensificado en el caso de nacimientos prematuros, llegando incluso a menguar las capacidades de cuidado parental.

La madre está adolorida físicamente por el nacimiento de su prematuro, y afectada emocionalmente, porque su recién nacido que debiera estar junto a ella no lo está. [...] Se ha observado que cuando la madre lo ve por primera vez siente desencanto y preocupación, pues le parece demasiado pequeño, delgado, con la piel muy fina y las venas muy visibles, que en muchos de los casos hacen pocas preguntas o ninguna de su estado; así como también se acercan a las cunas con las manos hacia atrás como esposadas, ignorando si pueden tocarlo o si solo lo pueden observar, llegando en muchos de los casos a una comunicación verbal nula con el prematuro, solo se vislumbra en ellas que en su mirada hay una sensación de querer hacer todo tan solo con mirar el fruto de su amor. (Narro JA& Orbegoso DP, 2016, p. 13)

Scherman L (citado por Carvalho AEV, Linhares MBM, Padovani FHP & Martínez FE. 2009), en un estudio realizado en Brasil, observó “un alto nivel de ansiedad e inseguridad en las madres de neonatos pretérminos, tanto al momento del nacimiento como en meses subsecuentes, identificándose estos como eventos traumáticos y estresantes” (p. 162). Por tanto, esta situación es bastante común en los ambientes de UCIN, independiente del país o región geográfica.

Mackley AB et al. (Citados por Giraldo D et al., 2012) evidenciaron que los padres de niños internados en UCIN experimentan niveles altos de estrés y patología depresiva, y en específico afirman:

Las necesidades emocionales de los padres no se han abordado plenamente, creando un riesgo a largo plazo en la calidad de la salud infantil y familiar. [...] Se debe mejorar el apego temprano, ya que la ausencia de esta unión temprana puede alterar el futuro del rol paterno y materno. Se sugiere que los cuidadores discutan la importancia de la función paterna y materna y alentar a los padres, a visitar, hablar y tocar suavemente a su bebé con el fin de establecer aún más la relación. (p. 20)

Díaz CN (2012) en su Tesis de Grado “Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en Unidades neonatales” aplicando el mismo instrumento PSS: NICU en 83 padres argentinos (40 varones y 43 mujeres) encontró diferencias en las fuentes de estrés según el género parental y la respuesta en su participación ocupacional, afirmando que:

La hospitalización del niño y las características del ambiente de la UCIN son las principales fuentes de estrés en los padres varones, mientras que para las madres fueron la conducta y apariencia del recién nacido en la unidad neonatal y la relación del niño con ellos en la construcción del rol de padres. (p. 36) [...] La participación ocupacional de los padres durante la internación del recién nacido en la unidad neonatal, toma trayectos diferentes, aunque constantemente relacionados con la situación marcada por el nacimiento del hijo. Los padres varones tradicional o culturalmente elijen abocarse por igual o mayor tiempo a sus ocupaciones productivas, restando tiempo y disfrute a las de ocio y esparcimiento. (p.37)

Frente a la circunstancia crítica de la hospitalización del recién nacido en UCIN, los padres deben adaptarse precoz y adecuadamente a sus nuevas demandas, modificando sus ocupaciones y enfrentando el internamiento (intentar comprenderlo y buscar respuestas precisas frente a sus dudas e inquietudes), la necesidad de reorganizar e

incluir roles desconocidos, así como el involucramiento en las rutinas relacionadas con el cuidado y sostén del nuevo hijo. Se postula que la respuesta ocupacional varía según la elección de la respuesta de afrontamiento, buscando equilibrar la necesidad de acompañar al hijo internado con la necesidad de relacionarse con el medio ambiente. (Díaz CN, 2012)

Continuando con el seguimiento de su cohorte, Shaw et al. observaron que el 18% cumplía con los criterios de TEPT tras cuatro meses de exposición al evento traumático inicial; diferenciándose la respuesta según el género del padre. (Shaw et al., 2009)

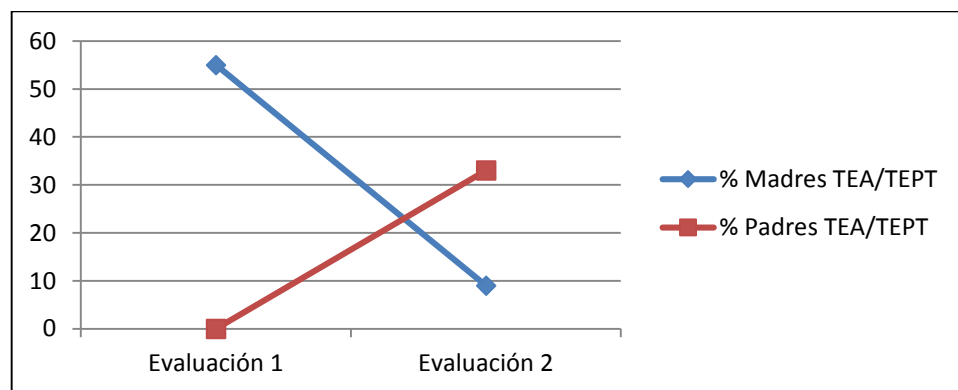


Gráfico 15: Diferencias por género en la respuesta frente al estrés.

Fuente: Shaw R, Bernard R, DeBlois T, Ikuta L, Ginzburg K, Koopman C (2009). The Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psychosomatics*, 50(2), 134.

Los mismos autores postulan que los varones tienden más a minimizar la severidad de los problemas de su recién nacido y usan un afrontamiento instrumental (dirigido a la manifestación física del estresor y no hacia los sentimientos originados por el mismo), retardando así su respuesta emocional en la fase crítica del internamiento, que es el momento en el que las madres están más vulnerables y requieren por tanto el apoyo de sus parejas. Affleck G et al. (Citados por Shaw et al. 2009) afirman que “las madres pueden incluso sacar fuerzas del optimismo de sus parejas, incluso frente a información médica abrumadoramente negativa” (p. 135).

Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Gue M & Amsermet F (citados por Hynan MT, Mounts KO & Vanderbilt DL. 2013) determinaron, mediante la aplicación del instrumento Perinatal Post-traumatic Stress Questionnaire (PPQ) a madres de neonatos internados en UCIN, las siguientes prevalencias de TEPT: “23% en el postparto inmediato, 24% a los 6 meses, y 26% a los 18 meses” (p. 749).

Davidson JR et al. (Citados por Hynan MT, Mounts KO & Vanderbilt DL. 2013), aplicando la escala de Trauma general de Davidson, reportaron un riesgo de TEPT en 9% de las madres y 33% de los padres de neonatos internados en UCIN a los cuatro meses post parto. (Hynan MT et al., 2013)

Por los estudios citados líneas arriba, queda puesto en evidencia que los trastornos de estrés agudo y de estrés post traumático en el grupo de parejas con neonatos que requieren internamiento en UCIN se presentan en, al menos, uno de cada cuatro individuos expuestos, cifra que no es despreciable.

Carter JD et al. (Citados por Trajkovski S, Schmied V, Vickers M & Jackson D, 2012) han identificado incluso “un mayor riesgo de divorcio y de problemas financieros futuros para estas parejas” (p. 2478). Por tanto, las intervenciones destinadas a prevenir o aminorar la aparición de estas patologías tendrán un impacto significativamente positivo para el núcleo familiar.

Hay que tener en cuenta que hay un amplio intervalo de tiempo en el que pudieran aparecer estos disturbios, por lo que se hace necesario el seguimiento periódico de los individuos de riesgo y el enfoque sistemático de medidas específicas sobre el particular.

A nivel latinoamericano, desde inicios del siglo XXI empezaron a desarrollarse iniciativas institucionales como las de Larguía A, Lomuto C & González M en sus *Guías para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia* (citados por

Díaz CN. 2012) y que son el sustento del modelo argentino de Maternidades Centradas en la Familia (p. 8).

En Brasil, por decreto del Ministerio de Salud, se implantó el Método Canguro (que implica el contacto piel a piel, de forma prolongada y en un ambiente térmico apropiado, entre la madre y el neonato) de forma generalizada, en un intento de promover la participación materna y la humanización del cuidado neonatal. (Ministério da Saude, 2000)

El concepto de Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF) representa un cambio en la asistencia perinatal, de la atención altamente técnica y recuperativa, a la asistencia humanizada que permite recuperar derechos inalienables que nunca debieron haberse perdido con la institucionalización del parto. “Esta concepción filosófica y ética reconoce que las mujeres embarazadas, luego puérperas, sus hijos y sus grupos familiares son los verdaderos dueños de casa en todos los centros donde nacen personas” (Díaz CN, 2012, p. 8).

Los antecedentes de este enfoque se remontan a 1982, cuando Heidelise Als postula el enfoque de “Cuidados centrados en el desarrollo y enfocado en la familia del pretérmino con muy bajo peso al nacer en las UCIN”. La misma investigadora (citada por Carvalho AEV et al. 2009) afirma:

Este modelo intenta identificar, desde el punto de vista del funcionamiento individual del niño y su familia, las oportunidades disponibles para promover la diferenciación y modulación del estrés del neonato en UCIN, así como respetar y brindar apoyo a la familia; considerándolos como colaboradores esenciales en el cuidado neonatal y promotores del desarrollo del niño. (p. 162)

Este nuevo modelo ofrece claras ventajas frente al modelo clásico de labor asistencial en UCIN. Lalaleo et al (2014) afirman que:

La no participación de los padres en el cuidado diario de su hijo hospitalizado repercute en el vínculo afectivo padre – hijo, generando

estrés, ansiedad a los padres que pasan por un proceso en el que el niño deja de estar a su cuidado y pasa al cuidado de otros; además pueden sentirse alejados de su hijo durante la hospitalización; por eso la importancia de que ellos entren en contacto con su hijo hospitalizado y, bajo la supervisión del personal de enfermería, puedan brindar cuidado directo durante la visita. (p. 22)

Dobbins N et al. y Als H (citados por Carvalho AEV et al. 2009) consideran que el modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia (en especial, para el caso del prematuro) es una medida eficiente para controlar el estrés y brindar elementos de contención frente a situaciones estresantes.

En un análisis interpretativo realizado en padres de neonatos prematuros internados en diversas UCIN de Canadá, se postula que los padres presentan tres mecanismos básicos de afrontamiento frente al trauma de la hospitalización: sus propios recursos o los que les brindan sus parejas, las relaciones con el personal asistencial, y mecanismos estructurados de soporte (como agentes comunitarios o grupos de pares). “Estos factores parecen amortiguar la gravedad del trauma como padres frente a la precaria salud de su bebé” (Lasiuk GC, Comeau T & Newburn-Cook C, 2013, p. S13).

Bialoskurski M, Cox CL & Hayes JA (citados por Finlayson K, Dixon A, Smith C, Dykes F & Flacking R. 2014) afirman que “el contexto de la UCIN alienta las relaciones estrechas entre los padres y el personal de enfermería y puede incluso convertir la relación diádica padre-hijo en una relación tríadica, es decir, padre-hijo-personal asistencial” (p.120).

Cruz AC & Angelo M (citados por Corrêa AR, Andrade AC, Manzo BF, Couto DL & Duarte ED. 2015) expresan que “establecer una relación con la familia permite al personal de salud alcanzar un punto de vista más integral de sus problemas, entender sus necesidades y

prioridades, y facilita el desarrollo de un plan de salud efectivo para el niño y sus padres” (p. 630).

Por ende, una interacción positiva entre los padres y el personal de salud es un elemento primordial para la reducción del estrés parental y para permitir reestructurar favorablemente el entorno familiar, evitando la progresión a patologías mentales de mayor severidad y otras consecuencias negativas como la reducción del apego.

De tal forma, la integración de un Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF) constituye una herramienta que mejora la percepción de satisfacción del usuario además de permitir alcanzar una mayor eficiencia y calidad en el cuidado neonatal intensivo.

Malusky S (citado por Khan S. 2015) resalta la necesidad de empoderar a las familias para incluirlas como colaboradores en el cuidado del neonato, enfatizando el componente de la fuerza familiar y el reconocimiento de los padres como los “expertos en el cuidado de su niño” (p. 5).



Gráfico 16: Modelo de Cuidado centrado en la Familia - Malusky (2005). Fuente: Malusky, S. (2005). A concept analysis of family-centered care in the NICU. *Neonatal Network*, 24(6), 27.

Elaboración: Khan S (2015). An Integrative Review of Nurses' Perspectives of Family-Centered Care Practice in the Level III NICU: Addressing Persisting Barrers (Tesis de Grado de Maestría en Enfermería)

https://dspace.library.uvic.ca:8443/bitstream/handle/1828/6645/Khan_Shaara_MN_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Traducción y adaptación propia).

Ya que múltiples investigaciones citan diversos conceptos y recomendaciones dentro del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF) a nivel neonatal, citamos a Helen Harrison (madre de un prematuro y autora del libro "The Premature Baby Book") y sus "Principios básicos del CCPF a nivel neonatal" a fin de definir con claridad el alcance de dicho Modelo:

- El CCPF debe basarse en la comunicación abierta y honesta entre padres y profesionales.
- Los padres deben ser capaces de trabajar con los profesionales para tomar decisiones informadas basadas en el acceso a los mismos hechos e incertidumbres que los disponibles para los profesionales.
- En situaciones de alta morbilidad y/o controversia médica, los padres plenamente informados deben tener el derecho de tomar decisiones con respecto al tratamiento intensivo de sus bebés.
- Los padres deben recibir información sobre los resultados adversos del embarazo y tener la oportunidad de indicar sus preferencias de tratamiento en caso de parto prematuro.
- Los padres y los profesionales deben trabajar juntos para reconocer y aliviar el dolor de los bebés.
- Los padres y los profesionales deben trabajar juntos para asegurar que se mantenga un ambiente cómodo y apropiado para los recién nacidos.
- Los padres y los profesionales deben trabajar juntos para garantizar la seguridad y la eficacia de los tratamientos médicos neonatales.
- Los padres y los profesionales deben trabajar juntos para promover las habilidades parentales incluyendo la participación activa en el cuidado del neonato hospitalizado.
- Los padres y los profesionales deben trabajar juntos para garantizar el seguimiento a largo plazo de los neonatos internados en UCIN tras su alta hospitalaria.

- Los padres y los profesionales deben reconocer que el tratamiento debe basarse en la compasión y que el sobretatamiento, así como el subtratamiento pueden ser lesivos para el neonato. (Harrison H, 1993)

Este modelo abarca diversos aspectos fuera de la práctica habitual clínica de las UCIN en nuestro medio, como:

- Sostén y cuidado: Abarcando más que el conocido Método Canguro, mediante formas de contacto específicas descritas por Gooding JS et al. (Citados por Khan S. 2015) como “hand swaddling” o “facilitated tucking” que reducen el estrés del neonato si los padres aún no se sienten seguros de cargarlos o el neonato es inestable. (p. 9)

En las siguientes líneas presentamos imágenes relacionadas a las técnicas de contacto antes descritas, para asegurar una cabal comprensión del procedimiento.



Figura 1: Técnica de “Hand Swaddling”.

Fuente: <http://babysleepconsultant.co.nz/swaddling-faqs/>



Figura 2: "Facilitated tucking".

Fuente:

<http://www.jognn.org/cms/attachment/2043223054/2055779492/gr1.jpg>



Figura 3: "Facilitated tucking" previo a inducción de succión.

Fuente:

https://www.researchgate.net/figure/227907474_fig2_Figure-1-Facilitated-tucking-position-for-suctioning-procedure



Figura 4: "Facilitated tucking" previo a venopunción.

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/227907474_fig1_Figure-2-Facilitated-tucking-position-for-heel-stick-procedure

- Presencia parental liberada: Para Davidson JE et al. (Citados por Khan S. 2015), "el gold standard actual es el acompañamiento de la visita médica en UCIN por los padres, el que contribuye aportando información adicional que lleva a una toma de decisiones clínicas más integral" (p. 10).
Una investigación realizada sobre este tema en una UCIN de Ontario, Canadá demostró que la visita médica conjunta aumenta la confianza de los padres en el personal de salud (88% de los casos) y su comprensión del tratamiento, y cubre la necesidad parental de sentirse responsable del cuidado de su hijo aun permaneciendo internado, aumentando su satisfacción con la atención de salud ($p = 0,05$). (Grzyb MJ, Coo H, Rühland L & Dow K, 2014)
- Asociación/Colaboración: La revisión de la bibliografía sugiere el monitoreo del impacto de las relaciones enfermeros-padres, el desarrollo de habilidades blandas (incluyendo comunicación asertiva) y buscar un "punto medio" en la presencia de los padres, que implica la vigilancia de enfermería fuera del entorno cercano del paciente. (Trajkovski S et al., 2012)

- Cuidado intercultural efectivo: Según Henderson L et al. (Citados por Khan S. 2015), implica “respeto a los valores, creencias y normas que influyen los pensamientos y decisiones de la familia”; incluyendo medidas que permitan romper barreras idiomáticas” (p. 11).
- Educación a los padres: Que incluye cuidados del desarrollo, extracción de leche humana, y manejo del dolor/estrés físico del neonato, así como técnicas de afrontamiento del estrés y facilidades de soporte mediante grupos de pares. Según Asai H et al. (Citados por Khan S. 2015), “la capacitación en cuidados del desarrollo mejora la performance del neonato en pruebas de seguimiento futuras y acorta la estancia en UCIN”, aparte de los beneficios antes mencionados en el estado mental parental (p. 12). Los “Parents Buddy Programs” (Padres camaradas) mejoran las habilidades de “coping” de los padres, promueven interacciones positivas de los padres hacia el personal de salud y su propio hijo, así como disminuyen el estrés, la depresión y ansiedad parental. (Bracht M, O’Leary L, Lee SK & O’Brien K, 2013).

La relevancia de una adecuada interrelación cuidador-padre y la importancia de incluir al personal asistencial dentro de las estrategias de control del estrés parental quedan documentadas en diversos estudios. Entre ellos, el realizado en la UCIN del Hospital de Gineco-Pediatria de la Ciudad de León, Guanajuato, Méjico, a 45 padres de neonatos en estado crítico evaluando su nivel de estrés en base al instrumento PSS: NICU antes citado. El nivel de estrés percibido por los padres fue referido en cinco niveles: No estresante (24%), poco estresante (36%), moderadamente estresante (25%), muy estresante (10%) y extremadamente estresante (5%). El promedio de estrés interpersonal fue poco estresante con 2.04 y el de estrés extrapersonal fue moderadamente estresante con 2.51. El factor de estrés con mayor puntaje fue el de comunicación con el personal. (Aguñaga-Zamarripa et al., 2016)

Para tener un conocimiento global del espectro del estrés parental en la UCIN, citaremos trabajos de múltiples países que aporten un panorama más concreto al respecto, con el fin de resaltar la importancia del presente trabajo de investigación.

Ruiz et al. realizaron un estudio para evaluar el impacto de un programa de intervención estructurada en la reducción del estrés y depresión en 60 madres de neonatos prematuros entre 500 y 1500 g al nacer, que sobrevivieron la internación en UCIN y pasaron a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Italiano de Buenos Aires. El estrés cuantificado por el mismo instrumento PSS: NICU ya citado fue significativamente menor en el grupo intervención que en los controles: $4,75 \pm 0,62$ vs $3,16 \pm 0,93$ ($p < 0,0014$); sin modificarse tras correlacionarlo con otras variables relevantes (edad y educación materna, edad gestacional del prematuro al nacer). Las subescalas en las que obtuvo beneficios significativos a favor de la intervención fueron: “apariencia del bebé”, “interacción con el bebé” y “luz y sonidos”. No se encontraron diferencias en la subescala “comunicación con los profesionales a cargo del cuidado del bebé”. Las madres del grupo control definieron su experiencia en la UCIN como “extremadamente estresante” en el 62% de los casos vs 6,4% en el grupo de intervención. Cabe resaltar que la UCIN en la que se realizó el estudio ya aplicaba principios del CCPF como horario liberado, permanencia irrestricta en la UCIN y acceso permitido a hermanos y abuelos. (Ruiz AL et al., 2005)

Carvalho AEV et al. evaluaron a 59 madres de prematuros con muy bajo peso al nacer (menor a 1500 g) internados en la UCIN del Hospital de Clínicas de la Escuela de Medicina Ribeirão Preto de la Universidad de Sao Paulo, las que recibieron un programa de intervención psicológica focalizado en la ansiedad y la depresión por el internamiento de sus recién nacidos (dos sesiones). El grupo de intervención recibió dichas sesiones con apoyo impreso y audiovisual. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel

de ansiedad del grupo de intervención, con énfasis en el estado ansioso: 86% vs. 50% ($p \leq 0.008$), las que no fueron significativas en el grupo de control. Por tanto, se precisa el apoyo impreso y audiovisual para mejorar el impacto de programas de intervención frente al estrés parental en UCIN (Carvalho AEV et al., 2009)

García-Puga JA, Quintana-Zavala MO, Acuña-Ruiz MJY & Montoya-Barne MC realizaron un estudio para determinar los niveles de estrés de 23 padres con hijos hospitalizados en Unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales en el Hospital Infantil del Estado de Sonora-México, considerando como intervención un programa de apoyo multidisciplinario (que consistía en charlas de una hora de duración por cinco días). Utilizando el instrumento PSS: NICU, se determinó que el nivel de estrés basal pre-intervención era alto (media = 68.07), con una reducción estadísticamente significativa ($p = 0,024$) en el grupo de intervención. (García-Puga JA, Quintana-Zavala MO, Acuña-Ruiz MJY & Montoya-Barne MC, 2009)

La investigación de Giraldo D et al. realizada en la UCIN de la Clínica Universitaria Bolivariana en Medellín, Colombia, en la que se aplicó el PSS: NICU en 50 padres con neonatos internados, concluye que los niveles de estrés parental para las subescalas de vistas y sonidos en la UCIN (44%), comportamiento y aspecto del niño (34%), y comunicación y comportamiento del personal de salud (38%) fueron en su mayoría poco estresantes (2 puntos en las dos primeras subescalas, 1 punto en la última). Pero, para el caso del componente de relación con su hijo y rol de padres, 32% consideró la experiencia como muy estresante (4 puntos), y otro 32% la catalogó como poco estresante (2 puntos), encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$) con respecto al estar separado de su bebé, no alimentar a su bebé y no ser capaz de coger a su bebé en brazos. (Giraldo D et al., 2012)

En un estudio descriptivo realizado en dos UCIN del ámbito privado en Colombia, aplicando el PSS: NICU en 145 madres de prematuro, se concluyó que el 89% de ellas considera la experiencia del internamiento de su bebé como “muy o extremadamente estresante”, considerando que “la presencia de los monitores y aparatos cerca al bebé y sus alarmas, la realización de procedimientos invasivos y la afectación del rol materno” eran los factores más estresantes. (González Escobar DS, Ballesteros Celis NE & Serrano Reatiga MF, 2012, p.46-47)

Un estudio de la red NEOCOSUR (Asociación que incluye a seis países de América del Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay) sobre estrés parental y factores asociados en establecimientos de cuatro países (Argentina, Chile, Paraguay y Perú: Hospital Cayetano Heredia) utilizando el mismo instrumento PSS: NICU (con puntajes de 0-5) en 273 padres que tenían prematuros de 500-1500 g internados en UCIN determinó que la subescala de estrés “Alteración del rol parental (interacción con su hijo)” fue la de mayor compromiso (Moderado: $3,6 \pm 1,0$), siendo “estar separado de su hijo” la de mayor puntaje individual ($4,2 \pm 1,1$), incluso por encima de las vistas y sonidos del ambiente de la UCIN así como el aspecto y comportamiento del RN (estado de enfermedad y los cuidados que requiere el niño). El TEPT fue más alto en las madres que en los padres ($p=0,011$), al contrario del estudio de Shaw et al. (2009); y las madres mostraron tres veces mayor riesgo de estar altamente estresadas frente al contexto de la UCIN que los padres (OR = 3,35; 95% IC: 1,50-7,47), lo que si concuerda con el estudio citado. Los padres que habían cargado al menos una vez a su recién nacido tenían un nivel de estrés significativamente menor, lo que confirma lo citado anteriormente sobre el contacto precoz como agente de reducción de estrés y de desarrollo precoz del apego. (Wormald et al., 2015)

En un estudio desarrollado para evaluar los efectos de la intervención en la percepción de los padres y los profesionales de la salud en la UCIN de un hospital universitario en el municipio de Sao Paulo, mediante la aplicación de los instrumentos de Percepción del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia (Padres y Equipo), y el PSS: NICU en 132 padres de recién nacidos hospitalizados y 57 profesional del equipo de UCIN, se observó una mejoría estadísticamente significativa en la percepción de los padres en la mayoría de los ítems evaluados ($p=0,05$) y para los profesionales en relación con el cuidado de la familia en la unidad neonatal ($p=0,041$) y la comprensión de la experiencia de la familia con la hospitalización ($p=0,05$). Hubo una reducción en las puntuaciones medias de estrés de los padres, con una mayor disminución en la Alteración del Rol Parental: 4.2 a 3.8 ($p=0,048$), lo que demuestra que las intervenciones de Cuidado Centrado en el paciente y la familia mejoran la percepción de los padres y los profesionales del equipo de salud y ayudan a controlar el estrés parental. Se demostró una mejora significativa en las dimensiones de respeto, colaboración y apoyo tras la intervención; pero los padres presentaron una respuesta más positiva con respecto a los miembros del equipo de salud tanto antes como después de la intervención. (Balbino et al., 2016)

Tratando de justificar esta diferencia en el efecto de las intervenciones del Modelo de CCPF, podemos referirnos a estudios recientes que demuestran que el personal de salud (en especial los enfermeros) posee conocimiento acerca de los principios del CCPF, pero ven limitado el ejercicio de los mismos ante la poca colaboración entre profesionales del equipo de atención, la escasa capacitación formal sobre CCPF y las propias barreras del sistema de salud. (Trajkovski S et al., 2012)

Finlayson K et al. entrevistaron a 12 madres de neonatos internados en tres UCIN de Reino Unido sobre sus percepciones del cuidado centrado en la familia evidenciado tras una estancia superior a los 7

días de vida. Se evidenció en todas ellas un estado “limítrofe” al ser las madres biológicas, pero no ser reconocidas como tales, eran “muy sensibles a las demostraciones de poder del personal de salud, a la indiferencia y a las inconsistencias en el cuidado y la información”. Incluso, para intentar que mantener su rol de madres no afecte el cuidado de su bebé, mostraban “deferencias a los expertos, pero permanecían en un estado de ansiosa vigilancia” (Finlayson K et al., 2014, p. 123).

Corrêa AR et al. (2015) realizaron un estudio mediante entrevistas semiestructuradas con 14 enfermeros de UCIN de un hospital público de Belo Horizonte, Brasil; para conocer su impresión sobre el Modelo de CCPF en el ámbito del cuidado neonatal intensivo. Al respecto, indican que:

Los beneficios del CCPF, tanto para el niño y su familia como para el equipo de enfermería, son reconocidos por el personal participante del estudio, pero se evidencia una escasa consistencia en la comprensión del mismo ya que permanece aún lejos de la realidad clínica actual. Se percibe que el equipo aún ve la presencia de la familia como una forma de “control” del cuidado suministrado o una “fuerza laboral” para tareas consideradas poco importantes. Por ello, la aplicabilidad del CCPF está entendida erróneamente y demuestra una falta de preparación profesional para hacer frente a las familias, asumiendo la responsabilidad en el proceso de enfermedad de salud del niño hospitalizado (p. 634) [...] y contribuyendo al estrés por el internamiento y a la exclusión de los padres en el proceso de atención. (p. 630)

Hay que resaltar que, incluso en países con mayor nivel de desarrollo tecnológico y sanitario como Brasil y Reino Unido, aún los conceptos de CCPF no son reconocidos y aplicados de la forma más adecuada, a pesar de conocerse los beneficios propios del mismo.

Una actitud diferente se evidenció en 33 enfermeras de UCI de alta complejidad en Australia, a las que se les reunió en “focus groups” y entrevistas individuales. El grupo identificó cuatro puntos clave para

el desarrollo del modelo de CCPF: Conocer a los padres y sus expectativas, involucrar a la familia en el cuidado diario, buscar un “punto medio” (que implica negociar y ser flexible con las demandas y deseos de los padres, pero sin crear un ambiente negativo dentro de la UCIN) y garantizar un cuidado especializado al alta. Se observó una mayor adherencia al CCPF pero los investigadores destacaron la necesidad de supervisión constante, implementación de guías y capacitación para hacerlo sostenible en el tiempo. (Trajkovski S et al., 2012)

Una investigación cualitativa realizada en la UCIN de un Hospital de referencia de Belo Horizonte, Brasil determinó que las principales barreras que obstaculizan la implementación del CCPF de acuerdo al personal de enfermería eran: “la falta de recursos materiales (infraestructura y recursos humanos), la ausencia de planificación en el cuidado neonatal, la falta de capacitación en habilidades blandas (comunicación asertiva), y la inasistencia de los padres a la UCIN” (Silva TRG, Manzo BF, Fioreti FCCF, Silva PM, 2016, p. 645-646).

Tras encuestar a 174 enfermeras afiliadas al Capítulo de Enfermería de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología - SIBEN que laboran en 52 UCIN de 15 países latinoamericanos (incluyendo 34 enfermeras de Perú), se concluyó que el 63% de las UCIN evaluadas dispone de lugares para estancia de madres (27% solo durante la noche), 60% tenían horarios fijos para «visitas» de padres, y 36% habilitaron ingreso irrestricto a familiares. Contradictoriamente al modelo de CCPF, 48% opina que el ingreso interfiere con las tareas de enfermería. Para el caso específico de Perú, 88% opinaban que las madres no deben tener restricciones al ingreso y 68% aplicaban el mismo concepto para los padres. 59% consideran que “siempre” facilitaban el acceso de familiares. (Montes Bueno MT, Quiroga A, Rodríguez S, Sola A & Miembros del Capítulo de Enfermería de SIBEN, 2016)

A pesar de la contundente evidencia a favor del CCPF, algunos investigadores como Krochuk H (citado por Lee LA, Carter M, Stevenson SB & Harrison HA. 2014) opinan que el acceso irrestricto a UCIN no debe ser una norma. El entorno crítico, la ausencia de espacio adecuado, la falta de privacidad, la observación de tratamientos y procedimientos cruentos serían los motivos para limitar el acceso a los padres, ya que “acrecientan el estrés parental y causan un sentimiento de obligación de permanecer con el neonato el mayor tiempo posible” (p. 129).

A nivel nacional existen escasos estudios específicos sobre el tema del Cuidado centrado en el paciente y la familia en el entorno neonatal (salvo el grupo que formó parte del estudio de la Red NEOCOSUR y del Capítulo de Enfermería de SIBEN).

Narro JA & Orbegoso DP realizaron una investigación para determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés en 77 madres de neonatos prematuros hospitalizados en el Hospital Belén (Trujillo), identificando en 61% de ellas estrés moderado y en 39%, estrés alto. Solamente 34% del total de madres percibió cuidado humanizado de enfermería, encontrándose una relación inversa estadísticamente significativa ($p=0,001$) entre ambas variables. (Narro JA & Orbegoso DP, 2016)

En el ámbito del HNRPP, Baldeón C realizó un estudio de casos y controles en 452 trabajadores de nuestra Institución (entre personal de salud y administrativo), para determinar la asociación entre la satisfacción del trabajador con los factores laborales de remuneración, capacitación, motivación, relaciones entre trabajadores, etc. Las variables más relacionadas con la insatisfacción laboral fueron el **exceso de trabajo** y la remuneración baja (entre 1500-3000 soles) con OR de **2,496** (Intervalo de confianza 95%: 2,89-5,79) y 2,491 (Intervalo de confianza 95%: 2,88-8,65). También se evidenció que la falta de capacitación y de trabajo en

equipo eran factores estadísticamente significativos, pero de menor impacto. (Baldeón C, 2008)

Por ello, es importante y necesario cubrir dentro de lo razonable la brecha oferta-demanda negativa del personal asistencial de las UCIN, a fin que las estrategias de mejora de la calidad de atención puedan contar con el compromiso e identificación del personal asistencial y sean sostenibles en el tiempo al formar parte de su cultura organizacional en individuos que alcanzan un alto nivel de satisfacción laboral.

Comprender el valor real de la actividad recuperativa, conocer y ponderar objetivamente el impacto positivo del Modelo de CCPF y a su vez incorporar estos conceptos teóricos en todos los aspectos de la práctica clínica en UCIN contribuyen a alcanzar un estado de mayor satisfacción laboral personal y dinamizan la propia Institución.

3.1.2. Definición de términos básicos

- Evento Traumático: De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Quinta Versión (DSM-5, la más reciente) es aquel que “implique una amenaza o concreción de muerte, lesiones graves o de violencia sexual; ya sea experimentándolo directamente o como testigo presencial, en especial de un familiar o amigo cercano, e incluyendo exposición extrema o repetida a detalles aversivos”. (American Psychiatric Association, 2014, s/n).
- Trastorno de Estrés Agudo (TEA - código F43.0): De acuerdo al DSM-5, implica la exposición al evento traumático más la presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas en las esferas de raciocinio y ánimo, y alteraciones marcadas en excitación y reactividad; iniciados o

empeorados tras el evento y con una duración mayor a tres días, pero menor a un mes. (American Psychiatric Association, 2014)

- Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT - código F43.10): De acuerdo al DSM-5, implica la exposición al evento traumático más la presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas en las esferas de raciocinio y ánimo, y alteraciones marcadas en excitación y reactividad; iniciados o empeorados tras el evento y con una duración mayor a un mes. (American Psychiatric Association, 2014)

- Modelo de Cuidado Centrado en la Familia: Para Ramezani et al. (2014), se define como:

El cuidado interdisciplinario, integral y holístico de los recién nacidos y las familias en observancia de su respeto y dignidad. La familia, como miembro constante de la vida del recién nacido y uno de los principales participantes en la asistencia sanitaria, colabora mutuamente con los trabajadores de la salud. El intercambio completo de información sin ningún sesgo conduce a la promoción de la calidad de los cuidados proporcionados a los recién nacidos y sus familias. (p. 272)

Las actividades relacionadas a este nuevo modelo de atención incluyen entre otros (Díaz CN, 2012):

- Acompañante en sala de partos.
- Contacto precoz madre/hijo.
- No separación innecesaria del binomio madre/hijo.
- Ingreso irrestricto de madres/padres a los sectores de internación neonatal.
- Visitas de horario amplio para el resto de la familia (hermanos, abuelos).
- Comodidades para la estadía prolongada de las madres de los recién nacidos internados y residencias para madres: hogares maternos con alojamiento. (p. 9)

- Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales: Definidas por la Directiva de Gerencia General N° 16-GG-ESSALUD-2014:

Se encuentran en los Hospitales de mayor capacidad resolutive de cada Red Asistencial y con más de 3000 nacidos vivos por año (considerándose adicionalmente la cantidad de neonatos referidos de otros establecimientos de salud). Este tipo de Unidades serán manejadas por médicos especialistas en Neonatología/ excepcionalmente Pediatras con capacitación en neonatología y enfermeras con subespecialidad en Neonatología” (Cam et al., 2014, p. 12).

Las prestaciones que se ofertan incluyen:

- Lo que corresponde a niveles de mediana complejidad.
- Atención neonatal a prematuros de menos de 34 semanas de edad gestacional o menos de 1800 gramos de peso al nacer.
- Neonatos con necesidad de ventilación mecánica convencional.
- Neonatos con anomalías congénitas mayores que requieren especialista.
- Atención a neonatos con problemas quirúrgicos y la posibilidad de realizar procedimientos más complejos como drenaje pleural, cateterismo umbilical y/o central percutáneo.
- Posibilidad de realizar cirugía neonatal en Hospitales que dispongan de Servicios de Cirugía Pediátrica dentro del mismo hospital.
- Suministro de alimentación parenteral.
- Brindar soporte a las unidades de cuidado básico y mediana complejidad de los hospitales de las Redes Asistenciales. (Cam et al., 2014, p. 12-13)

3.2. Objetivos del Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora

3.2.1. General

Controlar el estrés en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Priale Priale (EsSalud Huancayo).

3.2.2. Especifico

- A) Desarrollar un abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.
- B) Concientizar al personal asistencial de la UCIN con respecto al impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.
- C) Disminuir la brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial.

3.3. Estrategias

- Revisando exhaustivamente los antecedentes relacionados, procedemos a determinar el problema principal a solucionar.
- Justificando nuestra Propuesta de Mejora mediante la revisión sistemática de la literatura recopilable, determinamos los objetivos generales y específicos de la misma.
- Diseñando productos específicos concordantes a los objetivos identificados, posteriormente delimitamos la realidad problema mediante el análisis interno institucional según la metodología de Kast y Rosenzweig.
- Usando la Metodología de Collerette y Schneider, realizamos el análisis del entorno institucional.

- Definiendo sistemáticamente las brechas entre la realidad problema y la realidad ideal, reconocemos el problema principal y los problemas secundarios.
- Realizando una búsqueda informática más específica (que incluye bases de datos primarias y secundarias, como PubMed y Repositorios de Tesis latinoamericanas y europeas), elaboramos un marco teórico consistente y actualizado, definiendo con precisión los términos básicos clave, así como los productos propuestos a ejecutar.
- Identificando detalladamente los recursos críticos necesarios para la consecución de nuestra propuesta de mejora, diseñamos un plan de trabajo con metas a tres años, un cronograma de actividades y un presupuesto para su ejecución.
- Aplicando la Metodología SADCI y MACTOR, confirmamos la viabilidad y factibilidad de la propuesta de mejora.
- Diseñando los respectivos mecanismos de monitoreo (mensuales y trimestrales) y evaluación (semestral y anual), garantizamos la implementación respectiva.
- Sintetizando lo presentando a través de un análisis final, definimos conclusiones y recomendaciones precisas y pertinentemente fundamentadas.

3.4. Productos

PRODUCTO 1: Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.

El objetivo del presente producto es lograr empoderar a los padres o cuidadores designados según el caso, a fin de poder enfrentar la situación estresante de la hospitalización de su hijo de forma positiva y en base a esa condición, empezar a desarrollar habilidades y destrezas que permitan su participación en el cuidado básico del mismo.

El diseño de dicho programa se basa en el empleado por Barry Lester para abordaje del estrés parental en prematuros (citado por Ruiz AL, Ceriani JM, Cravedi V & Rodríguez D. 2005) que “consiste en un abordaje interdisciplinario y multifactorial” (p. 37), involucrando a los padres y al niño en su conjunto, en cuatro etapas sucesivas, a saber:

- Primera: Impacto ante el nacimiento del neonato: la creación de una membrana extrauterina.
- Segunda: Primeros contactos madre-neonato: facilitación de los contactos con un bebé real.
- Tercera: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas.
- Cuarta: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé.

El problema que se resuelve con este producto es el Problema específico 1: Falta de abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.

El detalle del programa de intervención se encuentra en el ANEXO A.

PRODUCTO 2: Desarrollo de un programa de implementación de Cuidados centrados en el paciente y la familia en UCIN dirigido al personal de salud, sostenible en el tiempo.

El objetivo del presente producto es liderar un cambio organizacional para sensibilizar y concientizar al personal asistencial de la UCIN en forma integral sobre el modelo de cuidados neonatales centrados en la familia, promoviendo su participación en dicho ámbito, así como establecer de forma consensuada criterios objetivos para la implementación en el corto plazo dentro del ámbito laboral de la UCIN, al tomar conocimiento de los beneficios demostrados en diversos estudios científicos: Incremento de la satisfacción del usuario interno y externo, mejora de la calidad de la atención neonatal, disminución de la estancia hospitalaria, reducción del estrés parental y de los reingresos de neonatos mediante la capacitación sistemática en servicio a los padres,

promoción del apego y adherencia a programas de cuidado participativo: Método Canguro (Ver Tabla 2).

Esta estrategia se ha dividido en tres fases, en base al trabajo de Balbino et al. (2016), que postula un cambio organizacional basado en la Teoría del Cambio Planificado de Kurt Lewin, estableciendo un PERÍODO de desarrollo de ocho meses calendarios para la misma (Dos meses, tres meses y tres meses respectivamente para cada fase). Según Lewin (citado por Díaz Casanova M. 2000), para analizar el comportamiento humano deben considerarse todas las fuerzas que influyen en el mismo en un momento determinado, como una constelación de variables interdependientes y coexistentes.

Teniendo en cuenta esas ideas, vemos que lo que sucede en un momento de la vida de una persona, o de un grupo, es el resultante de un campo de fuerzas opuestas. A través de la mutua presión que éstos ejercen se consigue un punto de equilibrio, el cual es el resultante que se traduce en la actuación, expectativas, ideas o el clima que se producen en una situación concreta. [...] De ahí que sea posible cambiar una situación y orientarla en una dirección deseada, si se actúa convenientemente sobre las fuerzas que conforman un "campo". (Díaz Casanova M, 2000, p. 13).

El modelo del proceso de cambio que el mismo Lewin propone, consta de tres pasos, a saber:

El primer paso consiste en *descongelar* una situación determinada por la que atraviesa una persona o grupo. Es decir, se trata de descodificar o poner en cuestión los parámetros que constituyen esa situación (ideas, actitudes, comportamiento, etc.), a través de los cuales se manifiesta, de un modo habitual, la vida de esa persona o grupo.

El segundo paso es del *avance* o *cambio*. En él se emprende la acción adecuada para cambiar la situación que, como acabamos de ver, ha sido "descongelada". Existía una situación de equilibrio que ha sido puesta en cuestión y que, en este segundo paso, se trata de cambiar a través de un proceso que se llama de "intervención". Mediante este proceso se adoptan los nuevos modelos de

pensamiento y acción que llevarán a la persona o grupo a una nueva situación diferente de la existente al inicio del proceso.

El tercer paso es la *recongelación*. En ella se trata de estabilizar la nueva situación adquirida a través del proceso de “intervención”. Una vez alcanzado un nuevo equilibrio, que conlleva también una nueva codificación, se pretende que esa situación tenga una cierta permanencia y que, por tanto, las ideas, actitudes y comportamientos que la representan adquieran una relativa seguridad contra el cambio, promoviendo los dispositivos necesarios para asegurar la permanencia del cambio realizado. (Díaz Casanova M, 2000, p. 13).

Las fases que componen el siguiente programa de implementación (de acuerdo al estudio de Balbino et al., 2016) son:

La primera, denominada *descongelamiento* se llevará a cabo realizando un pacto para el cambio, con los coordinadores de la unidad neonatal, seguida de conferencias que involucren a todos los profesionales de la unidad (dos meses).

La segunda fase, la *transición para lo nuevo*, estará constituida por el desarrollo de una guía de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal, conteniendo la filosofía y directrices relativas a las acciones de: (a) la apertura de la unidad a los padres dentro de las 24 horas; (b) La inclusión de otros miembros de la familia (hermanos, abuelos y personas significativas para los padres); (c) la participación de los padres en la atención; (d) la oferta de compartir información; (e) la acogida de la familia en situaciones de pérdida y luto; (f) la mediación de conflictos entre los padres y el equipo; (g) la participación de los padres en la toma de decisiones relativas a la atención de neonato. Además de la formación para el equipo multidisciplinario dirigida al como acoger a la familia en una unidad neonatal teniendo en cuenta los supuestos de la filosofía del cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF) que plantea la atención individualizada con respeto y valoración de la perspectiva de la familia (tres meses).

La última fase, llamada de *re-congelamiento* se llevará a cabo en dos momentos: (1) la internalización de lo nuevo, cuando la guía de buenas prácticas con la familia se ponga en práctica, y (2) la evaluación del programa por aplicación de los instrumentos de medida, después de tres meses de su implementación. (p. 3)

En concordancia con lo antes descrito, el cumplimiento de dicho programa será monitorizado en la tercera fase, a fin de retroalimentar su ejecución, permitir cambios estratégicos en el mismo y garantizar su sostenibilidad a largo plazo como parte fundamental de un nuevo modelo organizacional.

Hernández NL, Rubio Grillo MH & Lovera A realizaron una investigación sobre el CCPF en una UCIN del Valle del Cauca (Colombia) constituyendo cinco “focus group” con siete madres y 40 personas del equipo asistencial, que desarrollaron tres estrategias, incluyendo la educación continuada para el personal. Tras la comparación de las evaluaciones inopinadas pre y post intervención, se evidenciaron los siguientes cambios: (Hernández NL, Rubio Grillo MH & Lovera A, 2016)

Práctica	2012	2013
	%	%
Acceso a padres	83 .3	100.0
Espacio suficiente	29 .1	100.0
Comunicación al ingreso	91 .6	100.0
Comunicación durante visita	79 .1	100.0
Personal apoya durante visita	16 .6	20 .8
Recibe educación	25 .0	45 .8
Participa en el cuidado	58 .3	95 .8
Entrevista factores riesgo	66 .6	95 .8

Gráfico 17: Cambios en las prácticas de CCF tras la intervención (Hernández NL et al. 2016). Fuente: Hernández NL, Rubio-Grillo MH, Lovera A (2016). Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care. *Invest Educ Enferm*, 34(1): 104-112

Por lo anterior, queda demostrado que la estrategia planteada en este producto es válida y reproducible.

El problema que se resuelve con este producto es el Problema específico 2: Falta de conocimiento del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.

El detalle del programa de intervención se encuentra en el ANEXO B.

PRODUCTO 3: Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.

La brecha oferta-demanda negativa no atendida en la UCIN neonatal, asociada al alto nivel de exigencia laboral propia de ser un área crítica, impide el desarrollo de iniciativas de mejora, limita la implementación y reduce el impacto de programas de mejora de la calidad.

“Las cargas de trabajo y el ratio personal-paciente deben considerar el tiempo que el personal necesita para trabajar con las familias [con respecto al CCPF]” (Trajkovski S et al., 2012, p. 2485).

Al disponer de, al menos dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas, podemos garantizar condiciones óptimas para garantizar una adecuada aplicación de los productos 1 y 2, considerando la situación de alta exigencia laboral en la UCIN del HNRPP, que no se ve contenida al momento con la reducción de la brecha oferta-demanda o programas de salud ocupacional institucionales para el manejo del Síndrome de Burnout. (Marrero & Grau, 2005)

En el ámbito del HNRPP, Baldeón C realizó un estudio de casos y controles en 452 trabajadores de nuestra Institución (entre personal de salud y administrativo), para determinar la asociación entre la satisfacción del trabajador con los factores laborales de remuneración, capacitación, motivación, relaciones entre trabajadores, etc. Las variables más relacionadas con la insatisfacción laboral fueron el **exceso de trabajo** y la remuneración baja (entre 1500-3000 soles) con OR de **2,496** (Intervalo de confianza 95%: 2,89-5,79) y 2,491 (Intervalo de confianza 95%: 2,88-8,65). También se evidenció que la falta de capacitación y de trabajo en equipo eran factores estadísticamente significativos, pero de menor impacto. (Baldeón C, 2008).

Por ello, es importante y necesario cubrir dentro de lo razonable la brecha oferta-demanda negativa del personal asistencial de las UCIN, a fin que las estrategias de mejora de la calidad de atención puedan contar con el compromiso e identificación del personal asistencial y sean sostenibles en el

tiempo al formar parte de su cultura organizacional en individuos que alcanzan un alto nivel de satisfacción laboral.

Considerando los análisis de la brecha oferta-demanda presentados en el ANEXO C y en concordancia con la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014 que aprueba las Normas de Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud, queda fundamentada la programación mínima de **dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas**; la que ya fue presentada a la Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín, a fin de que sea aprobada por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a nivel central y se destine la partida presupuestal necesaria para dicha incorporación, o en todo caso se habilite los respectivos contratos de servicios por terceros o habilitación de horas extras en cantidad suficiente para tal fin.

El problema que se resuelve con este producto es el Problema específico 3: Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial.

El detalle del Producto 3 se encuentra en el Anexo C.

Capítulo IV: La Propuesta De Implementación

4.1. Identificación de Recursos Críticos

4.1.1. Recursos Humanos

Resulta capital para el éxito de esta Propuesta de Mejora la habilitación presupuestal necesaria para cubrir DOS plazas asistenciales de Médicos especialistas y al menos TRES de Licenciadas de Enfermería especialistas para la UCIN del HNRPP. Los motivos específicos para sostener lo dicho son los siguientes:

- Estudios recientes demuestran que el personal de salud (en especial los enfermeros) posee conocimiento acerca de los principios del cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF) pero ven limitado el ejercicio de los mismos ante la poca colaboración entre profesionales del equipo de atención, la escasa capacitación formal sobre CCPF y **las propias barreras del sistema de salud**. (Trajkovski S et al., 2012)
- Para poder analizar la situación específica del cuidado neonatal a nivel nacional citamos a Narro JA & Orbegoso DP, que realizaron una investigación para determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y el nivel de estrés en 77 madres de neonatos prematuros hospitalizados en el Hospital Belén (Trujillo), identificando en 61% de ellas estrés moderado y en 39%, estrés alto. **Solamente 34% del total de madres percibió cuidado humanizado de enfermería**, encontrándose una relación estadísticamente significativa ($p = 0.001$) entre ambas variables. (Narro JA & Orbegoso DP, 2016)
- Las limitaciones en la atención de salud neonatal son múltiples y, en específico, citamos a Cuadros RE que, en su estudio realizado en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo sobre la

calidad de la atención de enfermería al neonato prematuro, postula como limitantes a “la falta de capacitación y actualización en el cuidado del neonato prematuro, ingreso de personal nuevo no capacitado permanentemente, **insuficiente dotación de personal, sobrecarga laboral**, hacinamiento [...] infraestructura inadecuada, insuficientes equipos biomédicos e insumos” entre otros (Cuadros R, 2012, p. 58).

- En el ámbito del HNRPP, Baldeón C realizó un estudio de casos y controles en 452 trabajadores de nuestra Institución (entre personal de salud y administrativo), para determinar la asociación entre la satisfacción del trabajador con los factores laborales de remuneración, capacitación, motivación, relaciones entre trabajadores, etc. Las variables más relacionadas con la insatisfacción laboral fueron el **exceso de trabajo** y la remuneración baja (entre 1500-3000 soles) con OR de **2,496** (Intervalo de confianza 95%: 2,89-5,79) y 2,491 (Intervalo de confianza 95%: 2,88-8,65). También se evidenció que la falta de capacitación y de trabajo en equipo eran factores estadísticamente significativos, pero de menor impacto. (Baldeón C, 2008)
- Esta situación es común a la de la UCIN del mismo Hospital, lo que deteriora el clima laboral, limita el desarrollo de círculos de calidad y proyectos de mejora continua, y ocasiona directamente Síndrome de Burnout a los trabajadores de salud. La brecha oferta-demanda negativa no atendida en la UCIN neonatal, asociada al alto nivel de exigencia laboral propia de ser un área crítica, impide el desarrollo de iniciativas de mejora, limita la implementación y reduce el impacto de programas de mejora de la calidad, tal como se ha presentado en los estudios citados líneas arriba.
- Adicionalmente, el estado emocional alterado de los padres deteriora la relación interpersonal y la comunicación con el personal de salud (Aguñaga-Zamarripa et al., 2016). Si esta

situación se da en un entorno organizacional desfavorable debido a la sobrecarga laboral por déficit de personal asistencial, los resultados aparentan ser mucho más sombríos.

Por ello, es importante y necesario cubrir dentro de lo enunciado la brecha oferta-demanda negativa del personal asistencial de las UCIN, a fin que las estrategias de mejora de la calidad de atención puedan contar con el compromiso e identificación del personal asistencial y sean sostenibles en el tiempo al formar parte de su cultura organizacional en individuos que alcanzan un alto nivel de satisfacción laboral. Al disponer del número citado de plazas asistenciales, podemos garantizar condiciones óptimas para garantizar una adecuada aplicación de los productos 1 y 2, considerando la situación de alta exigencia laboral en la UCIN del HNRPP, que no se ve contenida al momento con los recursos humanos actualmente disponibles y ante la ausencia de programas de salud ocupacional institucionales para el manejo del Síndrome de Burnout. (Marrero & Grau, 2005)

4.1.2. Recursos Financieros

El presupuesto mínimo necesario para la puesta en marcha de la presente Propuesta de Mejora es el siguiente:

- **Gastos directos: S/ 300.00**
 - Producto 1: Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores. S/ 50.00 en materiales de escritorio. Selección, inducción y capacitación a los facilitadores. S/ 150.00 en materiales de escritorio, breaks y gastos varios.
 - Producto 2: Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN (MCCPF). S/ 50.00 en materiales de escritorio.

- Producto 3: Incorporación e inducción del personal recién incorporado con respecto al MCCPF – UCIN: S/ 50.00 en materiales de escritorio.
- **Gastos Indirectos: S/ 760.00**
- Producto 2: Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF: El capacitador externo (Lic. Arminda Gil Castañeda) es profesional de la institución por lo que no se generarían mayores costos que los de comisión de servicio (S/ 760.00 por dos días, incluyendo viáticos y transporte terrestre).
- Producto 3: Incorporación de al menos dos médicos especialistas y tres enfermeras especialistas: No generaría costos directos institucionales ya que se encuentran debidamente sustentados por el Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora para reducir la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN, considerando la categorización vigente del Hospital y la potencial multa a imponerse por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ante la inobservancia de la programación regular asistencial de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014.
- Para el resto de actividades, la Institución cuenta con recursos suficientes para su desarrollo: Programación asistencial específica para los responsables, materiales, multimedia, y ambientes físicos para reuniones de coordinación y capacitación, etc.
- Todo el detalle sobre las actividades costeadas se encuentra en el numeral 4.3 – Aspectos Administrativos (Tabla 9).

Tabla 7

Resumen del Presupuesto.

	BIENES	SERVICIOS	COSTO
Producto 1	S/. 200.00	_____	S/. 200.00
Producto 2	S/. 50.00	S/. 760.00	S/. 810.00
Producto 3	S/. 50.00	_____	S/. 50.00
TOTAL	S/. 300.00	S/. 760.00	S/. 1,060.00

Fuente y Elaboración: Propia.

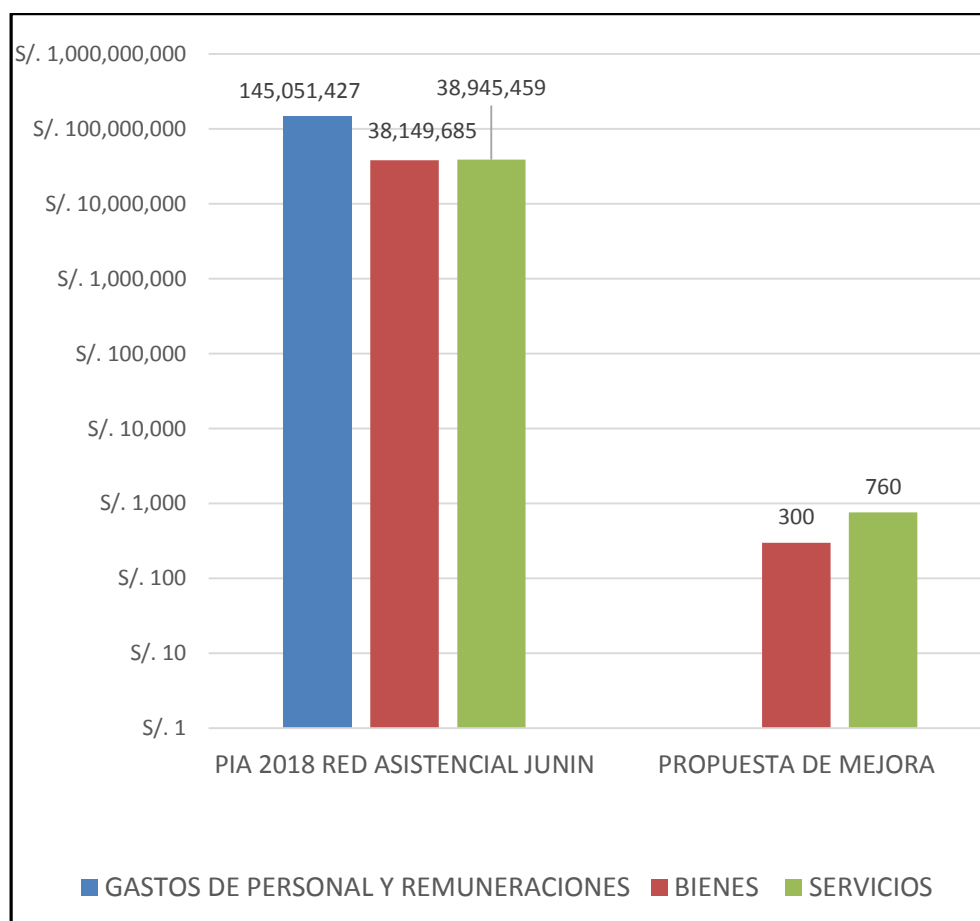


Gráfico 18: Presupuesto de la Propuesta de Mejora con respecto al Presupuesto inicial de apertura RAJ 2018.

Fuente: Carta Circular N° 007-GCPP-ESSALUD-2018.

Elaboración: Propia.

4.1.3. Recursos Logísticos

La Institución cuenta con los recursos logísticos para las capacitaciones programadas (a través de la Unidad de Capacitación,

Investigación y Docencia) dentro de la programación de la Propuesta de Mejora. Dentro de la política institucional de mejora de la calidad (Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2016: “Sistema de Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud – EsSalud”), se contempla la promoción, apoyo y seguimiento de proyectos de mejora continua de la calidad como los que desarrollamos. Por ello consideramos que, tras la generación de la Resolución respectiva de aprobación del Comité de Mejora específico, contaremos con las horas asistenciales necesarias para la ejecución, supervisión y sostenibilidad de nuestra Propuesta de Mejora.

4.1.4. Recurso Tiempo

Consideramos como imprescindible la programación de tres años para la realización de la Propuesta de Mejora, basándonos en la necesidad de mantener una evaluación constante con retroalimentación específica de cada producto (Primeros dos años) y garantizar su sostenibilidad en el largo plazo (Tres años).

4.2. Metas en período de 3 años:

Tabla 8

Metas en un período de 3 años.

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas	1º año		2º año		3º año	
			1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem
Desarrollar un abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.	Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores.	X					
		<i>Involucrados:</i> Jefes de Servicio: Médico y Enfermera. Miembros del Comité de Mejora. <i>Indicadores:</i> Ver Numeral 6.2: Evaluación.						
		Selección, inducción y capacitación a los facilitadores.	X					
		Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades.		X	X	X	X	X
		<ul style="list-style-type: none"> • Actividad educativa 1: Impacto ante el nacimiento del neonato: la creación de una membrana extrauterina. • Actividad educativa 2: Primeros contactos madre-neonato: facilitación de los contactos con un bebé real. • Actividad educativa 3: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas. • Actividad educativa 4: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé. 						
		<i>Involucrados:</i> Padres de neonatos internados en UCIN. Personal asistencial con programación en UCIN seleccionado y capacitado como facilitador. Psicólogos y otros miembros del equipo multidisciplinario. Jefes de Servicio: Médico y Enfermera. Miembros del Comité de Mejora.						

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas	1º año		2º año		3º año	
			1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem
		<u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación. Monitoreo y evaluación. <u>Involucrados:</u> Miembros del Comité de Mejora.		X	X	X	X	X
		Sostenibilidad. <u>Involucrados:</u> Jefes de Servicio: Médico y Enfermera. Miembros del Comité de Mejora.	X	X	X	X	X	X
Concientizar al personal asistencial de la UCIN con respecto al impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.	Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF. <u>Involucrados:</u> Jefes de Servicio: Médico y Enfermera. Miembros del Comité de Mejora.	X					
		<u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación. Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF. <u>Involucrados:</u> Personal asistencial con programación mensual en UCIN: Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería. Miembros del Comité de Mejora. Capacitador(es) externo(s).	X					
		<u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación. Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases - 8 MESES. <ul style="list-style-type: none"> • Descongelamiento. • Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. • Re-congelamiento. <u>Involucrados:</u> Padres de neonatos internados en UCIN. Personal asistencial con programación en UCIN. Psicólogos y otros miembros del equipo multidisciplinario. Miembros del Comité de Mejora. Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.		X	X	X	X	X
		<u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación. Monitoreo y evaluación. <u>Involucrados:</u> Miembros del Comité de Mejora.		X	X	X	X	X

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas	1º año		2º año		3º año	
			1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem
		Sostenibilidad. <u>Involucrados:</u> Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.	X	X	X	X	X	X
Disminuir la brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial.	Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014. <u>Involucrados:</u> Jefes de Servicio: Médico y Enfermera. <u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación.	X					
		Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas). <u>Involucrados:</u> División de Recursos Humanos y Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín. <u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación.	X					
		Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada: Contrato a plazo fijo, indeterminado, contrato administrativo de servicios o contrato de servicio por terceros. <u>Involucrados:</u> División de Recursos Humanos de la Red Asistencial Junín. <u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación.	X					
		Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN. <u>Involucrados:</u> Personal asistencial ingresante, Miembros del Comité de Mejora, Personal asistencial con programación en UCIN seleccionado y capacitado como facilitador. <u>Indicadores:</u> Ver Numeral 6.2: Evaluación.	X					
		Monitoreo y evaluación. <u>Involucrados:</u> Miembros del Comité de Mejora.			X	X	X	X
		Sostenibilidad. <u>Involucrados:</u> Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.	X	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración: Propia.

4.3. Metodología y Técnicas

4.3.1. Delimitación de la realidad problema

4.3.1.1 Metodología del Análisis Interno Institucional: Katz y Rosenweig

Kast F y Rosenzweig (citados por Mitnik F & Descalzi R. 2016) afirman que las organizaciones pueden esquematizarse como “un todo organizado y unitario, compuesto de dos o más partes interdependientes, componentes o subsistemas y delineado por límites identificables que lo separan de su suprasistema ambiental”. Es decir, las organizaciones están incluidas dentro de una sociedad y deben adaptarse a la misma, al utilizar recursos provenientes de ella e influenciarla mediante sus actividades. (p. 297)

Según este Modelo, un organismo puede descomponerse en cinco subsistemas:

- Subsistema razón de ser (“Fines y Objetivos”): Incluye el conjunto de propósitos o finalidades establecidos en forma dinámica por la empresa para alcanzar su misión global en la sociedad. Incluye la visión, la misión y los valores empresariales, los objetivos generales y las estrategias para alcanzarlos y las políticas y metas específicas.
- Subsistema tecnológico: Comprende las metodologías, entrenamientos, conocimientos, herramientas y técnicas para desarrollar las tareas y procesos.
- Subsistema estructural: Incluye la formalización de las relaciones entre el subsistema tecnológico y el psicosocial. Se refiere a la manera en que están divididas y coordinadas las tareas de la organización e involucra a la estructura formal e informal. Incluye división, organización y coordinación de las tareas y funciones; descripciones de puestos, reglas y procedimientos; líneas de autoridad o responsabilidad, comunicación y flujos de trabajo.

- Subsistema psicosocial: Abarca a los diferentes actores de la empresa y a sus relaciones entre sí y con la organización. Involucra la conducta individual, las relaciones humanas y factores culturales.
- Subsistema de gestión (“gerencial”): Aglutina, organiza y controla los otros subsistemas, facilita la interacción entre los mismos y promueve el aumento de efectividad de la organización en su conjunto. Incluye los procesos administrativos y los sistemas de decisiones, autoridad, funciones administrativas de planificación, dirección y control. (Mitnik F & Descalzi R, 2016, p. 298-299)

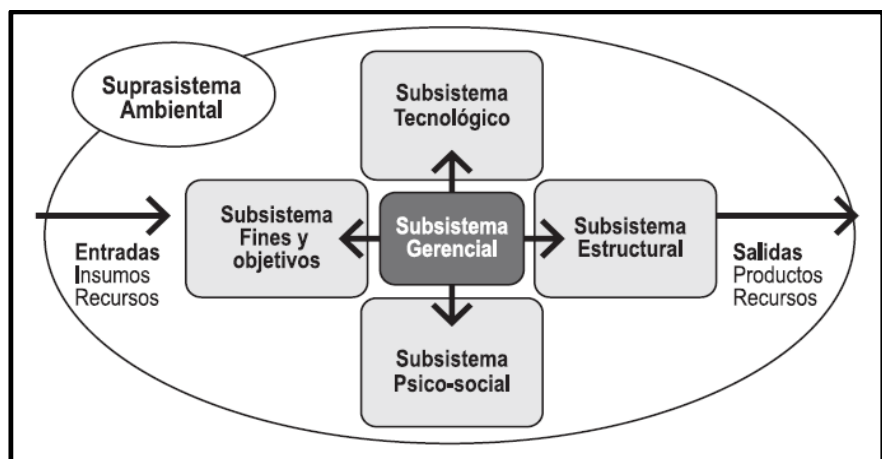


Gráfico 19: La organización como sistema socio-técnico estructurado (Modelo de Kast y Rosenzweig).

Fuente: Mitnik, F., & Descalzi, R. (2006). El Sistema de Diagnóstico: capacidades y rediseño. En F. Mitnik, *Políticas y programas de capacitación para pequeñas empresas* (págs. 295-300). Montevideo: Cinterfor/OIT.

Recuperado de <https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00208-l.pdf>

4.3.1.2 Metodología del Análisis del Entorno Institucional: Collerette y Schneider

Proulx D (2014) afirma que “el entorno organizacional está constituido por todos los elementos que no son partes de la organización pero que pueden tener una influencia actual o futura sobre ella” (p. 46). Collerette y Schneider (citados por Proulx D. 2014) proponen una manera práctica de describir el entorno dividiéndolo en tres niveles:

- Entorno inmediato: Usuarios o ciudadanos que reciben la prestación institucional, sea como bienes o servicios.
- Entorno intermedio: Instituciones que supervisan, regulan o reglamentan el tema producto de la propuesta de mejora.
- Entorno de las tendencias globales: Desde el punto de vista más amplio, pero necesario para ajustar el análisis. Incluye variable como: demografía, valores, economía y avances tecnológicos entre otros (p. 48-50).

4.3.2. Productos: Viabilidad y Factibilidad

Metodología SADCI → Actividades – Institución

La Metodología de Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI) es aplicada cuando las instituciones desean conocer su capacidad actual para ejecutar acciones específicas, evaluar obstáculos y debilidades a eliminar, así como establecer acciones y planes requeridos para ello; tomando como dimensión de referencia al futuro. Aunque el propósito inicial de esta metodología es analizar el tipo de fortalecimiento requerido dentro de una institución para alcanzar el éxito en la ejecución de un proyecto, puede utilizar para el análisis de situaciones presentes o pasadas o incluso, para evaluar la gestión habitual de cualquier organización. Esta metodología fue desarrollada por el Dr. Alain Tobelem en 1992 cuando era consultor del Banco Mundial (BIRF) y ha sido aplicada en numerosos países y en diferentes tipos de proyectos, particularmente en América Latina.

El SADCI relacionará las metas propuestas en cada uno de los productos específicos, identificando potenciales dificultades en la ejecución de los mismos; ya sea por parte de funcionarios o déficits institucionales. Todo ello con el fin de desarrollar planes de contingencia que garanticen la puesta en marcha y sostenibilidad de dichas estrategias dentro de la institución, obteniéndose como resultado el Déficit de Capacidad Institucional o DCI. (Castro, 2016)

El SADCI se lleva a cabo mediante siete pasos, etapas y/o momentos:

- a) Objetivo general del proyecto u organización analizada.
- b) Objetivos particulares de cada componente del proyecto u organización analizada.
- c) Actividades o subcomponentes de cada objetivo.
- d) Tareas de cada actividad o subcomponente.
- e) Mapa de relaciones interinstitucionales.
- f) Identificación del déficit.
- g) Estrategia para superar la brecha de capacidad. (Castro, 2016, p.6).

Los déficits identificados se van a relacionar por causales, con respecto a los factores y variables con los que están potencialmente relacionados, en siete grupos:

- a) Leyes, normas y, en general, “reglas de juego”.
- b) Relaciones interinstitucionales.
- c) Estructura organizacional interna y distribución de funciones.
- d) Políticas de personal y sistema de recompensas.
- e) Capacidad individual de los participantes. (Castro, 2016)

Castro, Barrios & Cerna (2015) afirman que, para realizar el SADCI en la Institución analizada, se deben tener en cuenta los siguientes formatos:

1. Formulario C: Tareas (cómo lograr los objetivos utilizando dichos recursos).
2. Formulario DI: DCI por reglas de juego (ROG).
3. Formulario DII: DCI Relaciones Interinstitucionales (IRR).
4. Formulario DIII: DCI por Organización Interna (ORG).
5. Formulario DIV: DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración (PPR).
6. Formulario DV: DCI por Habilidades (SKL).
7. Formulario EI: Consolidación de DCI no relacionados con habilidades.
8. Formulario EII: Consolidación de DCI relacionados con habilidades.
9. Formulario F: Plan de Contingencia o Sinopsis de la estrategia de DI y programa de acción correspondiente para abordar y solucionar estos

déficits antes de que el Plan de Gestión se ejecute, a fin de garantizar la viabilidad de la propuesta. (p.49-50)

Análisis MACTOR → Actores – Institución

Según Cano (citado por Castro et al., 2015), el Método MACTOR o Matriz de Alianzas y Conflictos: Tácticas, Objetivos y Recomendaciones es “un sistema de análisis de juego de actores que persigue valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a un cierto número de posturas y de objetivos asociados” (p. 48-49). En específico, para el caso de nuestra Propuesta de Mejora, nos ayudará a determinar con mayor precisión las convergencias o divergencias entre los Productos planteados y el personal institucional.

“Esta metodología reconoce que los actores institucionales tienen diferentes actitudes y posicionamientos respecto de las diversas propuestas que se plantean al interior de una Institución y que pueden de una u otra manera incidir sobre las variables claves de su desarrollo” (Castro et al., 2015, p. 49).

El objetivo de esta metodología es facilitar al actor una ayuda para la decisión de la puesta en marcha de su política de alianzas y conflictos, así como también saber quiénes serán los responsables, es decir definir los actores que jugaran los papeles principales.

Una característica fundamental del MACTOR es que brinda valor añadido al tener un carácter operacional para una diversidad de juegos implicando numerosos actores frente a una serie de posturas y de objetivos asociados.

Este método comprende 7 fases:

- Fase 1: Construir el cuadro “estrategias de los actores”
- Fase 2: Identificar los retos estratégicos y los objetivos asociados.
- Fase 3: Situar cada actor en relación con los objetivos estratégicos (matriz de posiciones).

- Fase 4: Jerarquizar para cada actor sus prioridades de objetivos (matriz de posiciones evaluadas).
- Fase 5: Evaluar las relaciones de fuerza de los actores.
- Fase 6: Integrara las relaciones de fuerza en el análisis de convergencias y divergencias entre actores.
- Fase 7: Formulas las recomendaciones estratégicas y las preguntas clave del futuro. (Castro, 2016, p. 14).

Las matrices a utilizar en este método son las siguientes:

- Matriz de Identificación de actores.
- Matriz de posición de actores frente a los productos propuestos.
- Matriz del tipo de influencia de cada uno de los actores.
- Matriz de convergencia o divergencia entre actores.
- Plan de Incidencia.

El método MACTOR requiere una validación previa por un funcionario de la Institución a fin de garantizar la integralidad de la evaluación de la propuesta.

4.4. Aspectos Administrativos:

Tabla 9*Aspectos Administrativos.*

Productos	Actividades/Metas	Costo	Responsable
Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores.	S/ 50.00 en materiales de escritorio. La Institución cuenta con el resto de recursos para desarrollar la actividad.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.
	Selección, inducción y capacitación a los facilitadores.	S/ 150.00 en materiales de escritorio, breaks y gastos varios. La Institución cuenta con el resto de recursos para desarrollar la actividad.	Miembros del Comité de Mejora y Capacitador(es) externo(s).
	Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades <ul style="list-style-type: none"> • Actividad educativa 1: Impacto ante el nacimiento del neonato: la creación de una membrana extrauterina. • Actividad educativa 2: Primeros contactos madre-neonato: facilitación de los contactos con un bebé real. • Actividad educativa 3: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas. • Actividad educativa 4: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé. 	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica para los responsables, materiales, multimedia, y ambientes físicos para la capacitación.	Facilitadores capacitados. Miembros del Comité de Mejora. Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.
	Monitoreo y evaluación.	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Miembros del Comité de Mejora.
	Sostenibilidad.	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.

Productos	Actividades/Metas	Costo	Responsable
Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF.	S/ 50.00 en materiales de escritorio. La Institución cuenta con el resto de recursos para desarrollar la actividad.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.
	Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF	El capacitador externo (Lic. Arminda Gil) es profesional de la institución por lo que no se generarían mayores costos que los de comisión de servicio (S/ 760.00 por dos días, incluyendo viáticos y transporte terrestre). Para el resto, la Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica para los responsables, materiales, multimedia, y ambientes físicos para la capacitación.	Miembros del Comité de Mejora. Capacitador(es) externo(s).
	Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases <ul style="list-style-type: none"> • Descongelamiento. • Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. • Re-congelamiento. 	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Miembros del Comité de Mejora. Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.
	Monitoreo y evaluación.	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Miembros del Comité de Mejora.
Sostenibilidad.	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.	

Productos	Actividades/Metas	Costo	Responsable
Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014.	No genera costos adicionales al ya haberse ejecutado.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.
	Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado: dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas.	Trámite administrativo no genera costos adicionales fuera del tiempo necesario para el seguimiento.	División de Recursos Humanos y Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín.
	Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada: Contrato a plazo fijo, indeterminado, contrato administrativo de servicios o contrato de servicio por terceros.	Cubierto por presupuesto institucional programado, como parte de las actividades de la División de Recursos Humanos de la Red Asistencial Junín.	División de Recursos Humanos de la Red Asistencial Junín.
	Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN.	S/ 50.00 en materiales de escritorio. La Institución cuenta con el resto de recursos para desarrollar la actividad.	Miembros del Comité de Mejora, Personal asistencial con programación en UCIN seleccionado y capacitado como facilitador.
	Monitoreo y evaluación.	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Miembros del Comité de Mejora.
Sostenibilidad.	La Institución cuenta con recursos propios para el desarrollo de la actividad: Programación asistencial específica, sala de reuniones, materiales, multimedia, etc.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.	

Fuente: Elaboración: Propia.

Capítulo V: Análisis de Viabilidad y Factibilidad

Con la utilización de los Métodos de Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI), y el Método de Análisis de Juego de Actores (MACTOR), se realizará el análisis de los Productos propuestos en la presente Propuesta de Mejora.

5.1. Sistema de Análisis del Déficit de Capacidad Institucional (SADCI)

En la siguiente tabla, se detallarán las actividades a desarrollar, agrupadas por cada producto específico.

Tabla 10*Formulario C – Actividades.*

Código	Producto	Actividad	Responsable
P1.1	Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.
P1.2		Selección, inducción y capacitación a los facilitadores.	Miembros del Comité de Mejora y Capacitador(es) externo(s).
P1.3		Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades	Facilitadores capacitados. Miembros del Comité de Mejora. Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.
P1.4		Monitoreo y evaluación.	Miembros del Comité de Mejora.
P1.5		Sostenibilidad.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.
P2.1	Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.
P2.2		Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF.	Miembros del Comité de Mejora. Capacitador(es) externo(s).
P2.3		Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases Descongelamiento. Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. Re-congelamiento.	Miembros del Comité de Mejora. Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.
P2.4		Monitoreo y evaluación.	Miembros del Comité de Mejora.

Código	Producto	Actividad	Responsable
P2.5		Sostenibilidad.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera, Miembros del Comité de Mejora.
P3.1	Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.
P3.2		Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado: dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas.	División de Recursos Humanos y Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín (RAJ).
P3.3		Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada.	División de Recursos Humanos de la RAJ
P3.4		Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN.	Miembros del Comité de Mejora, Personal asistencial con programación en UCIN seleccionado y capacitado como facilitador.
P3.5		Monitoreo y evaluación.	Miembros del Comité de Mejora.
P3.6		Sostenibilidad.	Jefes de Servicio: Médico y Enfermera.

Fuente: Elaboración: Propia.

Tras la precisión de las actividades a realizar, es ineludible realizar una verificación del proceso de ejecución de las mismas.

Para ello, el análisis se realizará desde las siguientes perspectivas:

- a. Reglas de juego
- b. Relaciones interinstitucionales
- c. Organización y asignación de funciones
- d. Políticas del personal
- e. Capacidad individual de las personas intervinientes.

Desde el punto de vista de las Reglas de juego

Como se puede analizar en la Tabla 14 desde el punto de vista de las Reglas de Juego, los productos diseñados son altamente viables y factibles ante la iniciativa recientemente promovida de mejora de la calidad de atención institucional. Aunque no existe una Oficina de Gestión de la Calidad Local (OGCL) organizada con personal dedicado a tiempo completo, se cuenta con una Unidad funcional dentro del HNRPP, así como un Comité de Mejora funcionando dentro del Servicio.

Tabla 11*Formulario D 1: DCI por “reglas de juego” (ROG).*

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P1	Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.	Promedio: 4,8.				
P1.1	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores: La institución ha iniciado un proceso de mejora de la calidad de atención que involucra solamente a los Jefes de Servicio, pero cuenta con el apoyo de la Gerencia Central como parte de la Política Institucional de Mejora de la calidad de atención. El desarrollo de formas de participación individual efectiva en los procesos de mejora de la gestión está en proceso de implementación.					X
P1.2	Selección, inducción y capacitación a los facilitadores: Se cuenta con apoyo de los comités locales de mejora, así como con capacitadores especializados dentro de la institución (Lic. Arminda Gil), por lo que se considera mínima la limitación.					X
P1.3	Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, la Institución deberá destinar programación horaria para el personal capacitador, así como para los miembros del equipo de mejora de forma obligatoria.					X
P1.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P1.3					X
P1.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P1.3					X
P2	Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).	Promedio: 4.				
P2.1	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF: La Institución no ha reglamentado la utilización de dicho modelo en el ámbito de la UCIN, aunque como parte de su política de humanización se ha empezado a normalizar procedimientos de atención considerando capacitación a los padres en cuidados mínimos y participación relativamente inclusiva.					X

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P2.2	Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF: La limitada disponibilidad de recursos humanos y la necesidad de rotación del personal asistencial programado en UCIN puede requerir programación de capacitaciones adicionales, a fin de consolidar los conceptos aprendidos, absolver dudas y resolver dificultades en la ejecución del Programa.			X		
P2.3	Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases – Descongelamiento. – Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. – Re-congelamiento. En esta actividad, considerando la implementación completa de las previas, no debería encontrarse limitaciones salvo situaciones de contingencia que obliguen a reprogramación asistencial en UCIN o desplazamiento de personal.				X	
P2.4	Monitoreo y evaluación: Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, la Institución deberá destinar programación horaria para el personal capacitador, así como para los miembros del equipo de mejora de forma obligatoria.					X
P2.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P2.4					X
P3	Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.					Promedio: 4,8.
P3.1	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014: Ya realizado por la Unidad de Mejora de la Calidad adscrita a la Dirección del HNRPP y validado por las Jefaturas de Servicio.					X
P3.2	Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas): Factible, incluso la Gerencia Central de Prestaciones de Salud <u>ya ha habilitado tres plazas CAS para médicos especialistas en Neonatología</u> y se ha redistribuido personal por Suplencia para cubrir de forma temporal la brecha oferta-demanda en Enfermería. Pero aún no se han habilitado plazas permanentes para Enfermeras, aunque el trámite del mismo se está realizando de forma prioritaria con apoyo de la Gerencia de la Red Asistencial Junín (RAJ).				X	
P3.3	Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada: Se cuenta con la División de Recursos Humanos de la RAJ que cuenta con los recursos necesarios para dicha actividad.					X

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P3.4	Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN: Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, la Institución deberá destinar programación horaria para el personal capacitador, así como para los miembros del equipo de mejora de forma obligatoria.					X
P3.5	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P3.4					X
P3.6	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P3.4					X

Fuente: Elaboración propia.

Leyenda:

1. Muy Alta
2. Alta
3. Normal
4. Baja
5. Muy Baja

Desde el punto de vista de las Relaciones Interinstitucionales

Los productos propuestos, al programarse y aplicarse dentro de la Institución, no presentan mayores limitaciones respecto a relaciones interinstitucionales. El proceso de adaptación del modelo de Balbino et al. (2016) a la realidad local y a los recursos disponibles es la principal limitante a considerar, Se ha establecido comunicación con Flávia Simphronio Balbino, del Departamento de Enfermería Pediátrica de la Escuela Paulista de Enfermería - Universidad Federal de São Paulo y autora principal del Artículo “Evaluación de la percepción del cuidado centrado en la familia y del estrés parental en una unidad neonatal”, base para el desarrollo del segundo producto con el fin de mantener concordancia con su diseño validado.

Tabla 12**Formulario D 2: DCI por Relaciones Interinstitucionales (IRR).**

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P1	Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.	Promedio: 4,6.				
P1.1	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores: Al ser un programa originado y aplicado dentro de la Institución, no se observan limitaciones relacionadas a relaciones interinstitucionales.					X
P1.2	Selección, inducción y capacitación a los facilitadores: Aunque se cuenta dentro de la Institución con personal capacitado con perfil idóneo para la aplicación del producto (Lic. Arminda Gil: Capacitadora que labora en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - ESSALUD), al momento no hay otras Instituciones que hayan implementado a cabalidad y de forma integral el modelo presentado, lo que convierte a esta iniciativa en pionera. La escasa experiencia en el área es un déficit a considerar así la poca disponibilidad de asesoría in situ durante la ejecución del mismo.			X		
P1.3	Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, no cabría necesidad de relaciones interinstitucionales en dicha actividad.					X
P1.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P1.3					X
P1.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P1.3					X
P2	Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).	Promedio: 4,6.				
P2.1	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF: Al ser un programa programado y aplicado dentro de la Institución, no se observan limitaciones relacionadas a relaciones interinstitucionales. El proceso de adaptación según el modelo de Balbino et al. (2016) a la realidad local y a los recursos disponibles es la principal limitante a considerar, por lo que se ha establecido comunicación vía mail con los desarrolladores del modelo a fin de mantener concordancia con su diseño validado.			X		

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P2.2	Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF: Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, no cabría necesidad de relaciones interinstitucionales en dicha actividad.					X
P2.3	Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases – Descongelamiento. – Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. – Re-congelamiento. Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, no cabría necesidad de relaciones interinstitucionales en dicha actividad.					X
P2.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P2.3					X
P2.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P2.4					X
P3	Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.	Promedio: 4,7.				
P3.1	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014: Para esta actividad, no se observan limitaciones relacionadas a relaciones interinstitucionales.					X
P3.2	Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas): Se requiere aprobación del Consejo Directivo de EsSalud y de FONAFE para dicho incremento de plazas. Aunque la Gerencia Central de Prestaciones de Salud <u>ya ha habilitado tres plazas CAS para médicos especialistas en Neonatología</u> y se ha redistribuido personal por Suplencia para cubrir de forma temporal la brecha oferta-demanda en Enfermería. Pero aún no se han habilitado plazas permanentes para Enfermeras, aunque el trámite del mismo se está realizando de forma prioritaria con apoyo de la Gerencia de la Red Asistencial Junín (RAJ).			X		
P3.3	Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada: Para esta actividad, no se observan limitaciones relacionadas a relaciones interinstitucionales.					X
P3.4	Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN: Para esta actividad, no se observan limitaciones relacionadas a relaciones interinstitucionales.					X

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P3.5	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P3.4					X
P3.6	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P3.4					X

Fuente: Elaboración Propia.

Leyenda: (1) Muy Alta (2) Alta (3) Normal (4) Baja (5) Muy Baja

Desde el punto de vista de la Organización y Asignación de Funciones

Desde el punto de vista de la Organización y Asignación de Funciones y para la implementación del presente Propuesta de mejora, la cultura organizacional subóptima y la falta de experiencia local en la ejecución de proyectos similares son las principales limitantes, salvables con el apoyo de las Jefaturas del Servicio (con experiencia demostrada en la promoción de mejoras asistenciales y empoderamiento del recurso humano) así como la participación de capacitadores externos e internos con habilidades y competencias en el área.

Tabla 13

Formulario D 3: DCI por Organización Interna – Organización y Asignación de Funciones (ORG).

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI					
		1	2	3	4	5	
P1	Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.						Promedio: 4,6.
P1.1	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores: La actitud generalizada frente a proyectos orientados a la mejora de la percepción del usuario o incrementar su satisfacción es de considerarlos de carácter secundario, por lo que no se han desarrollado en el ámbito local experiencias exitosas en parte por el escaso apoyo logístico y de recursos humanos apropiados. De contar con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, esta situación sería una limitante importante, aunque potencialmente salvable con la cultura organizacional de perfeccionamiento y estímulo al desarrollo personal de la Gestión del Servicio de Neonatología (Ganador de dos premios como Mejor Servicio Asistencial 2009-2010).						X
P1.2	Selección, inducción y capacitación a los facilitadores: A nivel central, se promociona el desarrollo de Proyectos de Mejora Continua de Calidad mediante su presentación en Jornadas de Benchmarking y Semana de la Calidad en Salud de EsSalud organizadas por la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente en la que se						X

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
	brinda el reconocimiento institucional como Centros de Excelencia en Calidad en el Rubro Proyectos de Mejora Continua; lo que asegura el otorgamiento de los recursos logísticos y humanos para dar marcha a las iniciativas presentadas. Es así que el desarrollo de Proyectos de Mejora mediante Comités locales con el apoyo de los Órganos Directivos, mediante la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, garantizaría plenamente la ejecución de esta actividad.					
P1.3	Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades Implícita a la actividad P1.2					X
P1.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P1.2					X
P1.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P1.2					X
P2	Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).					
P2.1	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF: En organizaciones estatales, no se valoran regularmente las alternativas de innovación o mejora fuera de las disposiciones del nivel central. Adicionalmente, el personal no está totalmente predispuesto para el involucramiento en labores fuera del ámbito asistencial y el trabajo en equipo, ya que traslada a las relaciones interpersonales el divisionismo institucional. De contar con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, esta situación sería una limitante importante, aunque potencialmente salvable con la cultura organizacional de perfeccionamiento y estímulo al desarrollo personal de la Gestión del Servicio de Neonatología y el apoyo de los Capacitadores externos e internos antes mencionados.			X		
P2.2	Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF: Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.					X
P2.3	Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases – Descongelamiento.					X

Promedio: 4,6.

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
	<ul style="list-style-type: none"> - Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. - Re-congelamiento. <p>Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.</p>					
P2.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P2.3					X
P2.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P2.3					X
P3	Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.					Promedio: 4,7.
P3.1	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014: Para esta actividad, no se observan limitaciones relacionadas a la Organización Interna ya que la misma Gerencia Central de Prestaciones de Salud ha desarrollado la metodología y la base de datos para el cálculo de la misma.					X
P3.2	Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas): Mediante el desarrollo de la actividad P3.1, queda debidamente fundamentada. Adicionalmente, la ejecución de horas extras que superan el presupuesto proyectado para esa Genérica de Gasto, por la necesidad de cubrir dicha brecha ya han permitido la aprobación de tres plazas CAS para médicos especialistas en Neonatología y la redistribuido personal por Suplencia para cubrir de forma temporal la brecha oferta-demanda en Enfermería. Queda a la espera la habilitación de plazas permanentes para Enfermeras, aunque el trámite del mismo se está realizando de forma prioritaria con apoyo de la Gerencia de la Red Asistencial Junín (RAJ).				X	
P3.3	Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada: Para esta actividad, no se observan limitaciones relacionadas a la Organización Interna ya que se cuenta con una División de Recursos Humanos competente para el desarrollo de la misma.					X

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P3.4	Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN: Con la aprobación de la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín y la respectiva programación horaria al personal responsable, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.					X
P3.5	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P3.4					X
P3.6	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P3.4					X

Fuente: Elaboración Propia.

Leyenda: (1) Muy Alta (2) Alta (3) Normal (4) Baja (5) Muy Baja

Desde el punto de vista de Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración (PPR)

Aunque la Institución, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016, ha creado el Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud-EsSalud; no precisa un incentivo salarial o de promoción de carrera para los desarrolladores de proyectos de mejora, aunque si se han programados actividades como:

- Promoción y reconocimiento de los ganadores del Concurso de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en EsSalud.
- Asistencia Técnica y acompañamiento a los Proyectos de Mejora Continua de Calidad.
- Identificación, difusión y asistencia técnica para la implementación de Acciones.
- Capacitación en elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en EsSalud.
- Asistencia Técnica para la implementación de Acciones de mejora y/o Proyectos de Mejora Continua de la Calidad exitosos en EsSalud.
- Identificación y difusión de Acciones de mejora y/o Proyectos de mejora continua de calidad exitosos de IPREES de EsSalud que participen en concursos externos. (Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización – EsSalud, 2016)

Debemos precisar que, al aprobarse los Proyectos de Mejora Continua por las Gerencias de Red respectivas previa revisión de los Organismos centralizados respectivos, se destinarán los recursos necesarios de acuerdo al Plan de trabajo desarrollado para tal fin, lo que generaría un incremento de plazas asistenciales y no un incentivo salarial o reconocimiento al personal responsable del mismo.

Tabla 14

Formulario D 4: DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración (PPR).

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P1	Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.	Promedio: 3.				
P1.1	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores: Aunque de acuerdo a normativa institucional, se brindará difusión y asistencia técnica para la implementación de acciones contempladas en proyectos de mejora, no se han diseñado en específico incentivos económicos o de reconocimiento y promoción atractivos; lo que a la larga podría mermar el desempeño y la motivación de las personales responsables de esta actividad. Las Jefaturas, previendo esta situación, vienen brindando facilidades al personal comprometido en proyectos de mejora a través de mecanismos como: Otorgamiento preferencial de vacaciones y permisos, así como priorización para Capacitaciones internas y externas. Adicionalmente, la habilitación de recursos humanos adicionales para la ejecución de los respectivos proyectos de mejora reduciría directamente la brecha oferta-demanda del personal asistencial, lo que constituye indirectamente un beneficio al reducir la sobrecarga laboral e influencia positivamente el entorno organizacional.			X		
P1.2	Selección, inducción y capacitación a los facilitadores: La falta de incentivos acordes a las necesidades del personal involucrado, más allá de la asesoría y habilitación de recursos destinados a la puesta en marcha de proyectos de mejora, constituye la principal limitación para el éxito de esta actividad; aunque es potencialmente salvable con la cultura organizacional de perfeccionamiento y estímulo al desarrollo personal de la Gestión del Servicio de Neonatología (Ganador de dos premios como Mejor Servicio Asistencial 2009-2010). Al momento, las Jefaturas de Servicio brindan facilidades al personal comprometido en proyectos de mejora a través de mecanismos como: Otorgamiento preferencial de vacaciones y permisos, así como priorización para Capacitaciones internas y externas; lo que evidencia resultados positivos al venirse cumplimiento con los cronogramas de trabajo respectivos.				X	
P1.3	Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades Implícita a la actividad P1.2, se repite la situación de desmotivación potencial que debe ser manejada por los Jefes de Servicio mediante sus habilidades de liderazgo, con apoyo de los responsables del Comité de Mejora.				X	
P1.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P1.2					X

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P1.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P1.2			X		
P2	Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).					Promedio: 4,6.
P2.1	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF: Aunque de acuerdo a normativa institucional, se brindará difusión y asistencia técnica para la implementación de acciones contempladas en proyectos de mejora, no se han diseñado en específico incentivos económicos o de reconocimiento y promoción atractivos; lo que a la larga podría mermar el desempeño y la motivación de las personales responsables de esta actividad. Las Jefaturas, previendo esta situación, vienen brindando facilidades al personal comprometido en proyectos de mejora a través de mecanismos como: Otorgamiento preferencial de vacaciones y permisos, así como priorización para Capacitaciones internas y externas. Adicionalmente, la habilitación de recursos humanos adicionales para la ejecución de la propuesta de mejora permitiría cumplir cabalmente con esta actividad, a su vez influiría positivamente en el clima organizacional al reducir la sobrecarga laboral e incrementar el grado de satisfacción del usuario interno.			X		
P2.2	Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF: Con relación a Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración, al aprobarse la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.					X
P2.3	Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases – Descongelamiento. – Transición para lo nuevo: Incluye formación de equipo multidisciplinario con programación regular para acogida de la familia en la UCIN. – Re-congelamiento. Con relación a Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración, al aprobarse la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.					X
P2.4	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P2.3					X
P2.5	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P2.3					X
P3	Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.					Promedio: 5.

Código de Actv.	Descripción del DCI y Explicación de sus impactos Negativos	Gravedad del DCI				
		1	2	3	4	5
P3.1	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014: Con relación a Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración, al aprobarse la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad ya que se cuenta con los datos estadísticos y recursos necesarios para tal fin.					X
P3.2	Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas): Con relación a Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración, al aprobarse la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad ya que la misma Gerencia Central de Prestaciones de Salud ha desarrollado la metodología y la base de datos para el cálculo de la misma.					X
P3.3	Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada: Con relación a Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración, al aprobarse la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.					X
P3.4	Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN: Con relación a Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración, al aprobarse la propuesta de mejora por parte de la Gerencia de la Red Asistencial Junín, no habría limitaciones en el desarrollo de esta actividad.					X
P3.5	Monitoreo y evaluación: Implícita a la actividad P3.4					X
P3.6	Sostenibilidad: Implícita a la actividad P3.4					X

Fuente: Elaboración Propia.

Leyenda: (1) Muy Alta (2) Alta (3) Normal (4) Baja (5) Muy Baja

Desde el punto de vista de Capacidad Individual de las Personas Intervinientes

En la siguiente tabla, se analizará la capacidad individual de las personas intervinientes para la ejecución de las actividades mencionadas; siendo que 1 representa un grado de déficit alto (preocupación alta) el cual baja gradualmente hasta llegar a 5, que representa un grado de déficit bajo (preocupación baja).

Tabla 15

Formulario D 5: DCI Relacionados con Habilidades Individuales (SKL).

Código de Actv.	Número y Condición de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad			Gravedad del Déficit de habilidades individuales					
	A	B	C	D	E	F	G	Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4	5	
P1	2							JEFES DE SERVICIO ASISTENCIAL: MÉDICO Y ENFERMERA.	Cuentan con información teórica y herramientas para la aplicación del producto específico, así como relaciones con profesionales de otras disciplinas que pueden asesorarlo.	Sólida preparación en gestión y experiencia en actividad asistencial neonatal intensiva (Más de 10 años de labor + Especialización en Neonatología), aunque solo tienen conocimiento teórico sobre el manejo del estrés parental en UCIN.	Cuentan con habilidades para motivar grupos humanos, experiencia en programación y ejecución de actividades similares, así como con capacidad de reaccionar frente a contingencias. Aprenden rápido y muestran proactividad.					X
	4		1					MIEMBROS DEL COMITÉ DE MEJORA: MÉDICOS, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA.	Pueden ser capacitados en el modelo descrito para la planificación, monitoreo y seguimiento del producto ya que se cuenta con la	Experiencia en actividad asistencial neonatal intensiva además de especialización en Neonatología (Médicos y Enfermeras). Cuentan con el conocimiento del campo del cuidado humanizado neonatal,	Muestran habilidades de socialización, integración, asertividad y funcionan bien como equipo, aunque podría considerarse como limitante los diferentes puntos de vista para la resolución de					X

Código de Actv.	Número y Condición de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad			Gravedad del Déficit de habilidades individuales				
	A	B	C	D	E	F	G	Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4	5
								información necesaria para ejecutarlo.	así como de los procesos inherentes al mismo. Requieren entrenamiento previo para el desarrollo de la actividad.	problemas según su grupo ocupacional. Aprenden rápido y muestran proactividad.					
	1							CAPACITADOR EXTERNO: Lic. Enf. Arminda Gil Castañeda.							
								Entrenada en desarrollo del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia para las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales., que incluye el control del estrés parental.	Past presidenta de la Sociedad Peruana de Enfermería Neonatal, miembro del Capítulo Nacional de Enfermería de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN), amplia experiencia asistencial en el Cuidado Neonatal Intensivo, y en específico en la humanización del mismo.	Muestra habilidades docentes: Didáctica y motivacional. Ampliamente reconocida dentro de la organización, lo que permitirá respaldar el cambio necesario para el desarrollo del producto. Cuenta como limitante su no permanencia al ser Capacitadora externa.					X
	10	3						FACILITADORES CAPACITADOS: MÉDICOS, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA.							
								Pueden ser capacitados en el modelo descrito para la ejecución del producto ya que se cuenta con la información necesaria para ejecutarlo.	Experiencia en actividad asistencial neonatal intensiva además de especialización en Neonatología (Médicos y Enfermeras). Cuentan con conocimiento del campo del cuidado humanizado neonatal, así como de los procesos inherentes al mismo. Requieren entrenamiento previo para la	Muestran habilidades de socialización, integración, asertividad y trabajo en equipo, aunque podría considerarse como limitante los diferentes puntos de vista para la resolución de problemas según su grupo ocupacional. Aprenden rápido y muestran proactividad.					X

Código de Actv.	Número y Condición de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad			Gravedad del Déficit de habilidades individuales										
	A	B	C	D	E	F	G	Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4	5						
									ejecución del producto específico.												
P2	2							JEFES DE SERVICIO ASISTENCIAL: MÉDICO Y ENFERMERA. Cuentan con información teórica y herramientas para la aplicación del producto específico, así como relaciones con profesionales de otras disciplinas que pueden asesorarlo.			Sólida preparación en gestión y experiencia en actividad asistencial neonatal intensiva (Más de 10 años de labor + Especialización en Neonatología), aunque solo tienen conocimiento teórico sobre el modelo de cuidado centrado en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).			Cuentan con habilidades para motivar grupos humanos, experiencia en programación y ejecución de actividades similares, así como con capacidad de reaccionar frente a contingencias. Aprenden rápido y muestran proactividad.						X	
		4	1					MIEMBROS DEL COMITÉ DE MEJORA: MÉDICOS, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA. Pueden ser capacitados en el modelo descrito para la planificación, monitoreo y seguimiento del producto ya que se cuenta con la información necesaria para ejecutarlo.			Experiencia en actividad asistencial neonatal intensiva además de especialización en Neonatología (Médicos y Enfermeras). Cuentan con conocimiento teórico del campo del cuidado humanizado neonatal, así como de los procesos inherentes al mismo.			Muestran habilidades de socialización, integración, asertividad y funcionan bien como equipo, aunque podría considerarse como limitante los diferentes puntos de vista para la resolución de problemas según su grupo							X

Código de Actv.	Número y Condición de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad	Gravedad del Déficit de habilidades individuales						
	A	B	C	D	E	F	G		Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4
									Requieren entrenamiento previo ocupacional. Aprenden rápido para el desarrollo de la actividad.						
	1							CAPACITADOR EXTERNO: Lic. Enf. Arminda Gil Castañeda.							
								Entrenada en desarrollo del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia para las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (MCCPF-UCIN).	Past presidenta de la Sociedad Peruana de Enfermería Neonatal, miembro del Capítulo Nacional de Enfermería de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN), amplia experiencia asistencial en el Cuidado Neonatal Intensivo, y en específico en el MCCPF-UCIN.	Muestra habilidades docentes: Didáctica y motivacional. Ampliamente reconocida dentro de la organización, lo que permitirá respaldar el cambio necesario para el desarrollo del producto. Cuenta como limitante su no permanencia al ser Capacitadora externa.					X
	30	6						FACILITADORES CAPACITADOS: MÉDICOS, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA.							
								Pueden ser capacitados en el modelo descrito para la ejecución del producto ya que se cuenta con la información necesaria para ejecutarlo.	Experiencia en actividad asistencial neonatal intensiva además de especialización en Neonatología (Médicos y Enfermeras). Cuentan con conocimiento del campo del cuidado humanizado neonatal, así como de los procesos inherentes al mismo. Requieren entrenamiento previo para la ejecución del producto específico.	Muestran habilidades de integración y trabajo en equipo, aunque podría considerarse como limitante los diferentes puntos de vista para la resolución de problemas según su grupo ocupacional y las inasistencias a las capacitaciones, al estar programadas fuera del horario de labor.					X

Código de Actv.	Número y Condición de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad			Gravedad del Déficit de habilidades individuales					
	A	B	C	D	E	F	G	Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4	5	
P3	2								JEFES DE SERVICIO ASISTENCIAL: MÉDICO Y ENFERMERA.							
									Cuentan con la metodología y los datos estadísticos para la ejecución del producto. Incluso ya ha sido tramitado por conducto regular a las instancias correspondientes.	Poseen conocimientos en gestión clínica (Jefe Médico: Maestría de Gestión pública y privada en Salud – Jefa de Enfermeras: Diplomado en Gestión Clínica en curso) así como de las normas institucionales de programación e identificación de brechas oferta-demanda.	Proactivos y motivos para el seguimiento y consecución de la ejecución del producto.					
												X				
									DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS: ANALISTA DESIGNADO Sr. Oscar Osorio Contreras.							
									Cuenta con la data suministrada por las Jefaturas de Servicio para la justificación adecuada del incremento de plazas asistenciales.	Conoce los procedimientos administrativos para la ejecución de todas las actividades del producto.	Cuenta con experiencia exitosa en la ejecución de procesos similares y relaciones positivas con los analistas del nivel central encargados de la aprobación del proceso. Muestra eficiencia en la realización de procesos de selección de personal.	X				
		4	1						MIEMBROS DEL COMITÉ DE MEJORA: MÉDICOS, ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y TÉCNICOS DE ENFERMERÍA			X				

Código de Actv.	Número y Condición de Empleados							Descripción de Déficit de Capacidad			Gravedad del Déficit de habilidades individuales				
	A	B	C	D	E	F	G	Información	Conocimiento	Know-How	1	2	3	4	5
								Cuentan con la información necesaria para brindar capacitación y 2 tras la ejecución de los productos 1 y 2.	Debidamente capacitados tras la ejecución de los productos 1 y 2	Puede considerarse como limitante la falta de experiencia en didáctica y organización de capacitaciones, por lo que sus habilidades blandas deben evaluarse antes de seleccionarlos como miembros del equipo de mejora.					

Fuente: Elaboración Propia.

Leyenda:

- A. Ejecutivos, incluyendo miembros del plantel de personal, que supervisan a otros en cualquier nivel.
- B. Profesionales sin responsabilidades directivas.
- C. Técnicos.
- D. No profesionales o personal técnico incluyendo administrativos.
- E. Beneficiarios, jefes de familias.
- F. Beneficiarios miembros de la familia.
- G. Víctimas de los productos del proyecto.

- 1. Muy Alta
- 2. Alta
- 3. Normal
- 4. Baja
- 5. Muy Baja

Luego de realizado el análisis SADCI, se evidencia que todas las actividades están garantizadas en su realización por lo que no es necesario diseñar un plan de contingencia.

5.2. Metodología de Análisis de Juego de Actores (MACTOR)

En el presente rubro, se analizará el Método de Análisis de Juego de Actores (MACTOR), para ver la viabilidad y factibilidad del presente plan de gestión. Para dichos efectos, se realizó un análisis de los actores principales. Luego, a través de entrevistas y posteriores reuniones con dichas personas, se determinó que los siguientes actores se encuentran a favor de esta propuesta, y no impedirían su inicio y aplicación; situación que se detalla en las siguientes líneas:

5.2.1. Identificación de Actores que pueden influir en la implementación de los productos:

- Actores Clave: Son aquellos que ejecutan directamente la propuesta de mejora y tienen participación activa en el desarrollo de los productos a nivel directivo.
- Jefe de Servicio de Neonatología del HNRPP.
- Jefa de Enfermeras del Servicio de Neonatología del HNRPP.
- Actores Primarios: Son los involucrados o interesados en el proyecto, pero en menor grado que los actores clave, aunque mantienen una relación relevante para la ejecución de la propuesta de mejora.
- Jefe del Departamento Materno Infantil del HNRPP.
- Jefa del Departamento de Enfermería del HNRPP.
- Actores Secundarios: Son aquellos con involucramiento reducido en el proyecto, pero que tienen influencia sobre los actores primarios y los actores clave.

- Gerente de Red Asistencial Junín (RAJ).
- Jefe de Oficina de Gestión y Desarrollo de la RAJ.
- Director del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” (HNRPP).
- Personal de los órganos de línea involucrados.

5.2.2. Relación de los actores con los productos propuestos:

En las próximas líneas se pasará a detallar la relación de actores para enlazarlos con los productos propuestos, donde -1 es en contra, 0 es neutral, 1 es a favor.

Tabla 16

Relación de los actores con los productos propuestos.

ACTORES	P1	P2	P3
Jefe del Departamento Materno Infantil del HNRPP.	1	1	1
Jefa del Departamento de Enfermería del HNRPP.	1	1	1
Gerente de Red Asistencial Junín (RAJ).	1	1	1
Jefe de Oficina de Gestión y Desarrollo de la RAJ.	1	1	1
Director del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” (HNRPP).	1	1	1
Personal de los órganos de línea involucrados.	1	1	1

Fuente: Elaboración Propia

Leyenda:

1: es a favor

0: es neutro

-1: es en contra

Al respecto, precisamos que la ponderación realizada respecto de las probables oposiciones de los actores identificados con los productos propuestos ha sido realizada conjuntamente con la Lic. Rosario Tapia Huamán, quien se desempeña como jefa de la Unidad funcional de Gestión de la Calidad Local (adscrita a la Dirección del HNRPP).

5.2.3. Identificación de sinergias y divergencias:

Tras revisarla tabla anterior, se aprecia que todos los actores están en disposición favorable o de sinergia a la implementación y desarrollo de los productos propuestos en la presente Investigación. Es por ello que el presente Plan de Gestión no requiere elaboración de un Plan de Incidencia, porque todos los actores apoyan la implementación de todos y cada uno de los Productos propuestos, de acuerdo al resultado de las entrevistas y reuniones sostenidas con dichos actores.

Capítulo VI: El Control

En el presente capítulo, detallaremos los mecanismos de monitoreo y evaluación de la propuesta de mejora, considerando las diversas actividades programadas para el desarrollo de los productos enunciados, a fin de garantizar la consecución de los objetivos generales y específicos planteados y detectar precozmente cualquier desviación en la implementación de los mismos.

6.1. Mecanismos de Monitoreo

El monitoreo se realizará considerando el cumplimiento progresivo de cada una de las actividades.

Tabla 17

Programación de monitoreo por actividades – Productos.

Productos	Actividades	1º año				2º año				3º año			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
<i>Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.</i>	Planificación y estructuración del Programa de capacitación a facilitadores.	X											
	Selección, inducción y capacitación a los facilitadores.		X										
	Desarrollo del Programa de Control de estrés parental en UCIN: 4 actividades.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sostenibilidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).</i>	Planificación y estructuración del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF.	X											
	Capacitación a todo el personal asistencial con programación mensual en UCIN sobre el MCCPF.		X										
	Implementación del MCCPF en la UCIN: 3 fases - 8 MESES.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sostenibilidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.</i>	Cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN, de acuerdo a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014.	X											

Productos	Actividades	1º año				2º año				3º año			
		1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T	1T	2T	3T	4T
	Trámite de autorización de habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (Nivel central) para requerimiento de personal asistencial solicitado (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas).	X											
	Proceso de selección del personal solicitado bajo la modalidad aprobada.		X										
	Incorporación e inducción del personal con respecto al MCCPF – UCIN.		X										
	Sostenibilidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elaboración: Propia.

En ese sentido, el monitoreo que se va a realizar en esta propuesta de mejora será mensual respecto a las actividades que permitan lograr cada uno de los productos. Este monitoreo mensual generará reportes trimestrales los cuales servirán como insumo para la toma de decisiones.

6.2. Evaluación

La evaluación se realizará en base a la consecución de los productos, y por tanto en relación a sus indicadores de logro.

Tabla 18

Definición de indicadores por productos – Cronograma de evaluación.

Productos	Indicador de logro	1º año		2º año		3º año	
		1 SEM	2 SEM	1 SEM	2 SEM	1 SEM	2 SEM
<i>P1: Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • % de avance en elaboración del Programa de capacitación a facilitadores. 	X					
	<ul style="list-style-type: none"> • # de facilitadores capacitados. • # de sesiones del programa realizadas. 	X					
	<ul style="list-style-type: none"> • % de asistencia de padres a las sesiones del programa realizadas. 						
	<ul style="list-style-type: none"> • % de padres que completan el programa. • Variación del estrés parental con respecto a basal usando instrumento PSS: NICU. 		X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad. 	X	X	X	X	X	X
<i>P2: Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • % de avance en la validación del documento marco del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la UCIN – MCCPF. 	X					
	<ul style="list-style-type: none"> • % de personal de UCIN capacitado en MCCPF. 	X					
	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de adherencia de muestra aleatoria del personal asistencial a los objetivos 		X	X	X	X	X

Productos	Indicador de logro	1º año		2º año		3º año	
		1 SEM	2 SEM	1 SEM	2 SEM	1 SEM	2 SEM
	delineados en el PIMCCPF (Check list) Sostenibilidad.	X	X	X	X	X	X
<i>P3: Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.</i>	• Aprobación del cálculo actualizado de la brecha oferta-demanda de personal asistencial en UCIN por la Dirección del HNRPP y la Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín.	X					
	• Aprobación del presupuesto destinado para el requerimiento de personal asistencial por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas).	X					
	• # de personal asistencial contratado para UCIN	X					
	• % de personal asistencial incorporados a la UCIN capacitados en MCCPF – UCIN	X					
	Sostenibilidad.	X	X	X	X	X	X

Elaboración: Propia.

En ese sentido, la evaluación que se va a realizar en la presente Propuesta de Mejora será semestral y anual, respecto a los indicadores de logro de cada producto. Esta evaluación generará reportes semestrales los que servirán como insumo para la toma de decisiones.

Capítulo VII: La Síntesis

7.1. Análisis

La consecución de los objetivos propuestos nos ayudará a generar un ambiente inclusivo, cálido y receptivo hacia el entorno familiar de los neonatos internados en UCIN, estimulando la participación parental en el cuidado neonatal y asegurando una mejor comprensión de los procesos de atención y monitoreo, así como de las patologías que aquejan a sus bebés. El cambio de actitudes y de paradigmas de cuidado por parte del equipo de salud, ejecutado de forma consciente, con compromiso y convencimiento real ante la evidencia clínica existente con respecto al Modelo de cuidado centrado en el Paciente y la Familia para las UCIN, generará una reducción de las brechas entre la realidad problema y la realidad ideal, permitiendo controlar de forma efectiva y sostenible el estrés en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud Huancayo).

7.1.1. Objetivo General

Con respecto al Objetivo General de controlar el estrés en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud Huancayo), podemos afirmar que su alcance es relevante, vigente y factible mediante la ejecución de la presente propuesta de mejora.

Partiendo del concepto de **Worlmaid et al. (2015)**, el entorno de grandes expectativas frustradas ante el internamiento de un recién

nacido largamente esperado es la base para la aparición de trastornos mentales como el estrés parental, el que afecta incluso la relación padre/madre-hijo y el desarrollo del apego.

Según **Shaw et al. (2006)**, la inherente restricción que sufren los padres en su rol de cuidadores durante la hospitalización, así como el impacto de enfrentarse al estado crítico del propio hijo y, a la vez, a un ambiente agitado, desconocido y cambiante como el entorno de la UCIN, constituyen estresantes adicionales que multiplican el efecto negativo del estrés parental.

El estado emocional negativo de los padres puede alterar la relación interpersonal y la comunicación con el personal de salud, lo que no solo afecta la percepción de la calidad de la misma, sino que incrementa el estrés laboral dentro de una Unidad de alta exigencia y con brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial como la UCIN, como demuestra la investigación de **Aguñaga-Zamarripa et al. (2016)**

Por ende, cobra capital importancia la implementación de estrategias validadas como efectivas y viables en el entorno específico de las UCIN para enfrentar de forma integral este problema de fondo, como lo es el Modelo de cuidado centrado en el Paciente y la Familia.

7.1.1 Objetivo Específico 1

Con respecto al Objetivo Específico de desarrollar un abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión, debemos mencionar que el primer estudio que abordó la incidencia de Trastorno de estrés agudo (TEA), realizado por **Shaw et al. (2006)** reportó un 28% de incidencia de dicha patología entre los padres de neonatos internados en UCIN, con una mayor prevalencia en el

sexo femenino, pero con una progresión a Trastorno de estrés post traumático (TEPT) mayor en el sexo masculino. Esta misma situación se ha documentado en varios estudios como el de **Pierrehumbert et al. (Citados por Hynan et al., 2013)**, en el que encontraron un 24% de prevalencia de TEPT en madres de neonatos internados en UCIN.

A los 4 meses post parto, **Davidson et al. (Citados por Hynan et al., 2013)** reportó TEPT en 9% de las madres y 33% de padres de neonatos internados en UCIN.

Mackley et al. (Citados por Giraldo D et al., 2012) demostraron que los padres de niños internados en UCIN experimentan niveles bastante altos de estrés y patología depresiva, por lo que sugiere “que los cuidadores discutan la importancia de la función paterna y materna, y alienten a los padres a visitar, hablar y tocar suavemente a su bebé con el fin de establecer aún más su relación (apego)”.

A nivel latinoamericano, el estudio de **Scherman L (citado por Carvalho et al., 2009)** realizado en Brasil evidencia “un alto nivel de ansiedad e inseguridad en las madres de neonatos pretérminos, tanto al nacer como en meses posteriores”, por lo que concluimos que el estrés parental es una situación frecuente en las UCIN, y común a todos los escenarios geográficos.

Shaw et al. (2006) considera que “el rol protector de la cohesión familiar y la expresividad [...] pueden reflejar el rol positivo del soporte social y el impacto patogénico de la tendencia paterna de intentar controlar un entorno incontrolable como el de la UCIN”, por ende, las intervenciones deberían incluir objetivos como “reducir los sentimientos de inadecuación y desamparo en los padres para establecer un rol parental [...] y prepararlos para

“reacciones psicológicas esperables en UCIN, y darles apoyo en su transición al cuidado en el hogar”.

Estos puntos son incluidos dentro del enfoque del Modelo de cuidado centrado en el Paciente y la Familia (CCPF), tal es así que **Sydnor-Greenberg & Dokken (citados por Malusky, 2005)** afirman que este modelo es de vital importancia para ayudar a las familias a enfrentar el estrés y desesperanza, así como la alteraciones de los roles parentales y familiares; considerando a la enfermera (el profesional que mayor tiempo pasa con el neonato en UCIN) como elemento base para el desarrollo de esta estrategia “al construir un vínculo vital con ellos”.

Al garantizar la participación activa de los padres en el cuidado neonatal y la interacción positiva entre ellos y el personal de salud, este Modelo constituye un enfoque innovador en la atención de salud neonatal, según **Balbino et al. (2016)**.

“Esta concepción filosófica y ética reconoce que las mujeres embarazadas, luego puérperas, sus hijos y sus grupos familiares son los verdaderos dueños de casa en todos los centros donde nacen personas” (**Díaz CN, 2012**).

Como hemos justificado, el control de estrés parental en UCIN tiene una estrecha relación con el desarrollo del Modelo de cuidado centrado en el Paciente y la Familia, como afirman **Dobbins et al. y Als H (citados por Carvalho et al., 2009)** al considerarlo como una medida eficiente para el control de estrés y brindar elementos de contención frente a situaciones estresantes.

En ese sentido y a fin de lograr el Objetivo Específico 1, se ha propuesto el siguiente Producto: Creación de un programa

multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.

Programas estructurados similares enfocados al control de estrés parental han demostrado ser efectivos como evidencian **Carvalho et al. (2009)** en una UCIN de Sao Paulo, **García-Puga et al. (2009)** en varias UCIN del Estado de Sonora – México y **Lasiuk et al. (2013)** en un análisis interpretativo realizado en diversas UCIN canadienses.

Ruiz et al., (2005) demostraron que un programa de intervención estructurada para reducción de estrés en madre de neonatos internados en la UCIN del Hospital Italiano de Buenos Aires fue efectivo significativamente ($p < 0,0014$) en la consecución de dicho objetivo, utilizando como instrumento de evaluación la escala PSS: NICU. Dicho modelo es el que este producto busca adaptar e implementar en el medio local, tomando la consideración de la necesidad de implementar en nuestra UCIN principios del CCPF tal como se hizo en este estudio (lo que se desarrollará en el análisis del Producto 2, con el que está interrelacionado). Lo anterior es confirmado por la investigación desarrollada por **Narro et al. (2016)** en la Ciudad de Trujillo, en la que se ha demostrado que el cuidado humanizado reduce la aparición de estrés en madres de prematuros.

La concepción de esta interdependencia constituye el valor agregado de este producto, así como su programación, replicable a nivel local y nacional, ya que dicho modelo no ha sido aplicado aún de forma integral a nivel nacional, a pesar de los evidentes beneficios mencionados líneas arriba,

De tal forma, la ejecución del producto descrito permitirá reducir la brecha encontrada entre la realidad problema y la realidad ideal lo que, a su vez, generará beneficios objetivos de forma sostenible en todos los niveles de la organización (padres de neonatos internados en UCIN, personal asistencial, y gestores).

7.1.2. Objetivo Específico 2

Con respecto al Objetivo Específico de concientizar al personal asistencial de la UCIN con respecto al impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF), debemos acotar que este modelo implica un cambio notable de la perspectiva de atención asistencial del neonato crítico como lo detalla **Ramezani et al., (2014)** y que incluye: permanencia liberada, acceso libre y responsable a la información, respeto a la autonomía, flexibilidad del servicio, así como la integración cooperativa de todos los prestadores de servicios de salud dentro de la UCIN.

Según **Balbino et al. (2016)**, el concepto de CCPF a nivel neonatal es ya el estándar de cuidado en el mundo, y requiere involucrar lo más precozmente a la familia como fuente primaria de apoyo del recién nacido, lo que explica claramente la interdependencia con el Objetivo Específico 1, siendo así una estrategia válida en el entorno actual de las UCIN.

El concepto de “cuidados centrados en el desarrollo y enfocado en la familia del pretérmino de muy bajo peso al nacer en las UCIN” existe desde 1982 (**Als H, citado por Carvalho et al., 2009**), aunque su aplicación ha sido limitada en Latinoamérica. Al respecto, en una investigación desarrollada por **Montes Bueno et al. (2016)** en 15 países latinoamericanos (incluyendo

al Perú), encontraron una baja adherencia a los principios del modelo de CCPF en UCIN.

Esto contrasta grandemente con el caso de Argentina, que ha desarrollado el modelo de CCPF con características propias de forma exitosa, integrándolo incluso dentro del cuidado perinatal en sus “Maternidades Centradas en la Familia” (**Larguía et al., 2006 y 2012**) y cuya estructura programática ha sido revisada para el desarrollo del producto propuesto.

Por ende, es necesario enfatizar que la programación de la ejecución del CCPF deberá considerar aspectos propios de cada UCIN (tanto estructurales como actitudinales) para asegurar el involucramiento consensuado y la motivación del personal asistencial en el desarrollo del proceso.

En ese sentido y a fin de lograr el Objetivo Específico 2, se ha propuesto el siguiente Producto: Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).

La aplicación de este modelo de atención integrador cuenta con numerosa evidencia científica que los respalda como los trabajos de **Trajkovski et al., White, Hedbeg & Egvall, Griffin y Van Riper (citados por Ramezani et al., 2014)**, en los que se exponen sus múltiples beneficios, por lo que su falta de ejecución pasa más por desconocimiento o barreras actitudinales que por inviabilidad o ineffectividad.

Este producto se desarrollará considerando la “Teoría del cambio planificado”, de acuerdo a la concepción de **Lewin K (citado por Díaz Casanova M, 2000)**, basada en tres etapas: Descongelamiento → Transición hacia lo nuevo →

Recongelamiento. Este esquema garantizará que la planificación del cambio organizacional de la UCIN incluya el análisis de parámetros actitudinales y de comportamiento tanto a nivel personal y como grupal.

El valor agregado de este producto para el ámbito de la UCIN donde se desarrollará la presente Propuesta de Mejora se relaciona, en específico, en el concepto del consenso en la aplicación del modelo de CCPF dentro de dicha Unidad para garantizar el éxito de su implementación.

Incluso en países con mayor nivel económico como Australia, se hace necesaria supervisión constante, capacitación y desarrollo de guías para una cabal implementación del CCPF (**Trajkovski et al., 2012**), por lo que el monitoreo de actividades para dicho producto se desarrollará periódicamente.

El proceso de capacitación del personal ha demostrado su efectividad para garantizar la viabilidad del producto citado, como lo demostraron **Hernández NL et al. (2016)** en UCIN de Colombia.

Este producto se interrelaciona estrechamente con el producto 1, lo que potencia el valor agregado de ambos, al estar adaptados a la realidad específica de la UCIN del HNRPP, lo que los hace viables y vigentes. Este modelo se constituiría así en el piloto para la implementación del CCPF a nivel de todas las UCIN de ESSALUD.

La ejecución del producto descrito reducirá la brecha encontrada entre la realidad problema y la realidad ideal generando un impacto positivo en todos los niveles organizacionales (padres de neonatos internados en UCIN, personal asistencial, y gestores).

7.1.3. Objetivo Específico 3

Con respecto al Objetivo Específico de disminuir la brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial, podemos afirmar que este desbalance en la disponibilidad de recursos humanos es una situación frecuente en instituciones públicas tal como lo identifican **Gallegos et al. (2010)**, con especial mención en enfermería.

Silva et al. (2016) identificaron que una de las principales barreras que limitan la aplicación integral del CCPF es la falta de recursos materiales (entre ellos, recursos humanos), por lo que la consecución de este objetivo es necesaria para garantizar el éxito de esta propuesta de mejora de forma sostenible.

Incluso, en el ámbito del propio Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP), **Baldeón C (2008)** demostró que el principal factor relacionado a insatisfacción laboral fue el “exceso de trabajo” con un OR de 2,496 (IC 95%: 2,89-5,79), siendo estadísticamente significativo.

Considerando lo anterior, la sobrecarga laboral en unidades de alta exigencia como las UCIN constituye un elemento crítico a abordar con propuestas de mejora como la planteada, a fin de garantizar su implementación integral y efectiva.

En ese sentido y a fin de lograr el Objetivo Específico 3, se ha propuesto el siguiente Producto: Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN.

Es necesario precisar que dicho producto implica adjudicar al menos dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialista para la UCIN (debidamente sustentados por el

Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora), y ha sido planteado dentro de lo mínimo razonable para permitir la cabal ejecución de las diversas actividades de los productos previamente citados, considerando las brechas oferta-demanda negativas tanto de Médicos especialistas como Licenciadas en Enfermería que han sido validadas por la Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín y se encuentran en espera de habilitación presupuestal.

Incluso, durante la redacción del presente documento, ya se ha adjudicado una Plaza de Contrato a Plazo Indeterminado para Médico Especialista y están en proceso de convocatoria tres plazas por Contrato Administrativo de Servicio (CAS) para el mismo grupo profesional, por lo que se considera viable, válida y pertinente la ejecución del producto diseñado.

Conclusiones

Del análisis realizado, se puede concluir lo siguiente:

- Con respecto a controlar el estrés en los padres de neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud Huancayo), se concluye que ello es de vital importancia, es pertinente y vigente, debiéndose de implementar ya que mejora los indicadores de salud neonatal, potencia la capacidad resolutive de los padres para el cuidado del neonato, promueve la calidad del cuidado posterior del recién nacido, el apego parental, mejora la autoestima de los padres y su salud mental estable, así como su confianza en el personal asistencial. Adicionalmente, potencia la satisfacción y la eficiencia del trabajo del personal, y reduce costos de hospitalización, además de aumentar el impacto de otras estrategias sanitarias como el Método Canguro.
- Resulta fundamental el desarrollar un abordaje sistemático de control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión. Para alcanzar este fin, debe crearse un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.
- El producto diseñado para lograr este objetivo es pertinente y de fácil aplicación, garantizando su sostenibilidad y generando un impacto claramente positivo en el entorno inmediato.
- Es prioritario concientizar al personal asistencial de la UCIN con respecto al impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia. Por ello, debe ejecutarse un Programa de

Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN) dentro de la UCIN del HNRPP, el cual incluye dentro de su metodología actividades claramente relacionadas con el logro de la meta citada líneas arriba y que consideren aspectos específicos de dicha UCIN.

- El producto diseñado para lograr este objetivo es pertinente, su estructura ha sido validada internacionalmente, y muestra sostenibilidad en su aplicación dentro del ámbito local. Incorporar el modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN) dentro de la UCIN del HNRPP permitirá un significativo avance en la calidad de atención dentro de dicha Unidad y en la percepción positiva de la misma por los usuarios externos.
- En concordancia a los puntos anteriores, se hace necesario disminuir la brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial, a fin de asegurar la factibilidad de la presente propuesta de mejora, optimizar su impacto y garantizar su sostenibilidad a largo plazo. En ese contexto, lograr la habilitación de, al menos, dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas para laborar en la UCIN no solo reducirá la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en dicha Unidad, sino también mejorará directamente el clima organizacional en dicha área crítica, potenciará la adherencia y cumplimiento de las actividades programadas en los productos previamente detallados así como promoverá el desarrollo de otras potenciales propuestas de mejora dentro de la UCIN.

Recomendaciones

En concordancia con las conclusiones, plasmamos las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda la implementación de la presente propuesta de mejora en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología – Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (EsSalud Huancayo), incluyendo actividades específicas para el desarrollo de competencias y habilidades del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de la UCIN dentro del plan operativo institucional y el plan local de capacitación del HNRPP.
- Se recomienda la Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal.
- Se recomienda la puesta en marcha del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN).
- Se recomienda reducir la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN gestionando la habilitación de, al menos, dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas, debidamente sustentados por el presente Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora.
- En relación al análisis de la Realidad Problema, a efectos de reducir la brecha encontrada, se recomienda lo siguiente:
 - ESSALUD debería diseñar una norma institucional dirigida a la implementación sistemática e integral del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia a nivel de UCIN, incluyendo

programación de recursos humanos y financieros, actividades a implementar: incluyendo capacitaciones, objetivos específicos, entre otros.

- Continuar con el desarrollo dentro del HNRPP de la Oficina de Gestión de la Calidad Local (OGCL) organizada con personal dedicado a tiempo completo, así como el Comité de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, de acuerdo a la normativa institucional vigente.

Referencias Bibliográficas

- 20 minutos. (21 de Febrero de 2007). *Sobrevive el bebé más prematuro y más pequeño de la historia*. Recuperado el 12 de Febrero de 2017, de Internacional:
<http://www.20minutos.es/noticia/204056/0/sobrevive/bebe/prematuro/>
- Aguiñaga-Zamarripa, M., Reynaga-Ornelas, L., & Beltrán-Torres, A. (2016). Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(1), 27-35.
- Amaya de Gamarra, I. C., Suárez de Betancourt, M. d., & Villamizar Carvajal, B. (2005). *Cuidado de enfermería al neonato crítico: Guía de Intervención en Enfermería basada en la evidencia*. Biblioteca Las Casas.
- American Psychiatric Association. (03 de Octubre de 2014). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. Recuperado el 17 de Octubre de 2015, de Google Books:
<https://books.google.com.pe/books?id=QpmvBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Averill, J. R. (Octubre de 1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80(4), 286-303.
- Balbino, F. S., Balieiro, M. F., & Mandetta, M. A. (2016). Evaluación de la percepción del cuidado centrado en la familia y del estrés parental en una unidad neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2753.
- Baldeón Trejo, C. (Enero-Junio de 2015). Factores Asociados a la Satisfacción del Personal de Salud del Hospital IV Ramiro Prialé Prialé. *Ágora Revista Científica*, 02(01), 112-124.
- Bracht, M., O'Leary, L., Lee, S. K., & O'Brien, K. (Abril de 2013). Implementing family-integrated care in the NICU: A parent education and support program. *Advances in Neonatal Care*, 13(2), 115-126.
- Cam Chang, L. S., Fernandez Sierra, C., Cuba Diaz, L., Colca Cruz, R., Montano Fernandez, K., & Chavez Peralta, B. (31 de Diciembre de 2014). Directiva de Gerencia General N° 16-GG-ESSALUD-2014. *Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en establecimientos de salud del Seguro Social de Salud - EsSalud*, 1-29. Lima, Lima, Perú: ESSALUD.

- Carvalho, A., Linhares, M. B., Padovani, F. H., & Martinez, F. E. (Mayo de 2009). Anxiety and Depression in Mothers of Preterm Infants and Psychological Intervention During Hospitalization in Neonatal ICU. (J. Bandrés, Ed.) *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 161-170.
- Castro Quiroz, J. (2016). Viabilidad y Factibilidad. *Seminario de Investigación*. (págs. 4-8). Lima: Escuela de Postgrado de la Universidad Continental.
- Castro Quiroz, J., Barrios Ipenza, E., & Cerna Silva, C. (2015). *Guía para la Elaboración de Planes de Gestión*. Lima: Escuela de Postgrado de la Universidad Continental.
- Chau Pérez-Aranibar, C., Morales Córdova, H., & Wetzell Espinoza, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, 20(1), 93-31.
- Cleveland, L. M. (Noviembre de 2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6), 666-691.
- Colaboradores de Wikipedia. (23 de Abril de 2017). *Departamento de Junín*. (L. e. Wikipedia, Editor) Recuperado el 07 de Mayo de 2017, de Artículo: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Departamento_de_Jun%C3%ADn&oldid=98579142
- Colaboradores de Wikipedia. (02 de Mayo de 2017). *Huancayo*. (L. e. Wikipedia, Editor) Recuperado el 07 de Mayo de 2017, de Artículo: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Huancayo&oldid=98811852>
- Corrêa, A. R., Andrade, A. C., Manzo, B. F., Couto, D. L., & Duarte, E. D. (Octubre-Diciembre de 2015). Prácticas del Cuidado Centrado en la Familia desde la perspectiva del enfermero de una Unidad Neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(4), 629-634.
- Cuadros Rios, R. (2012). Calidad del cuidado de la enfermera y la estancia hospitalaria del neonato prematuro - Huancayo 2011. 40-75. (U. N. Trujillo, Ed.)
- Díaz Casanova, M. (2000). *El cambio social planificado y la cultura: el desarrollo social en las zonas rurales deprimidas* (Primera ed.). Madrid, España: Editorial Complutense. Recuperado el 21 de Marzo de 2017
- Díaz, C. N. (Diciembre de 2012). *Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales*. Recuperado el 10 de 02 de 2017, de Repositorio de la Universidad Abierta Iberoamericana: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112310.pdf>

- Doolan Boyle, M. (15 de Agosto de 2017). *Manual para padres con niños prematuros*. Obtenido de Sociedad Española de Neonatología: <http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf>
- Egan, F., Quiroga, A., & Chattás, G. (Noviembre de 2012). Cuidados para el neurodesarrollo. *Enfermería Neonatal*(14), 4-14.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (29 de Agosto de 2007). *Es mejor prevenir...* (C. R. Desastres, Ed.) Recuperado el 17 de Marzo de 2017, de Primeros Auxilios Psicológicos: files.unicef.org/paraguay/spanish/Primeros_auxilios_sicologicos_IFRC.pdf
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. (Octubre de 2014). Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 119-124.
- Gallegos Martínez, J., Reyes Hernández, J., & Silvan Scochi, C. G. (Abril-Junio de 2010). La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. (I. N. Perinatología, Ed.) *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(2), 98-108.
- García-Puga, J. A., Quintana-Zavala, M. O., Acuña-Ruiz, M. Y., & Montoya-Barne, M. C. (2009). Estrés en Padres con Hijos Hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 26(2), 67-72.
- Giraldo, D. I., Lopera, F. A., Duque, Y., Londoño, A., Gaviria, C., Restrepo, Á., & Aguirre, M. F. (2012). Estrés y factores relacionados en padres con hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Horizonte de Enfermería*, 23(3), 13-22.
- Gómez, M. C. (2015). Guía para padres de bebés nacidos prematuros – La internación. *Interdisciplinaria*, 32(2), 347-366.
- González Escobar, D. S., Ballesteros Celis, N. E., & Serrano Reatiga, M. F. (Julio de 2012). Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Ciencia y Cuidado*, 9(1), 43-53.
- Grzyb, M. J., Coe, H., Rühland, L., & Dow, K. (Febrero de 2014). Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 34(2), 143-148.
- Harrison, H. (01 de Noviembre de 1993). The Principles for Family-Centered Neonatal Care. *Pediatrics*, 92(5), 643-50.

- Hernández, N. L., Rubio Grillo, M. H., & Lovera, A. (Enero/Abril de 2016). Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 104-112.
- Hynan, M., Mounts, K., & Vanderbilt, D. (Octubre de 2013). Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recomendations. *Journal of Perinatology*, 33(10), 748-753.
- Irlam, L., & Bruce, J. (Agosto de 2002). Family-Centred Care in Paediatric and Neonatal Nursing - A Literature Review. *Curationis*, 25(3), 28-34.
- Khan, S. (01 de Setiembre de 2015). *An Integrative Review of Nurses' Perspectives of Family-Centered Care Practice in the Level III NICU: Addressing Persisting Barrers*. Recuperado el 25 de Marzo de 2017, de Repositorio Dspace/Manakin - University of Victoria: https://dspace.library.uvic.ca:8443/bitstream/handle/1828/6645/Khan_Shara_MN_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lalaleo Reyes, G. S., Cartuche Quinde, K. A., & Quiñonez Cabeza, P. L. (2014). *Respuestas emocionales de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, Año 2014*. Recuperado el 11 de Febrero de 2017, de Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Enfermería: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9012/1/tesis%20cd.pdf>
- Larguía, A., González, M., Solana, C., Basualdo, M., Di Pietrantonio, E., Bianculli, P., . . . Esandi, M. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural: Conceptualización e implementación del modelo* (Segunda ed.). Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Larguía, A., Lomuto, C., & González, M. (2006). *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia* (Primera ed.). Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia.
- Larguía, A., Schapira, I., & Apres, N. (s.f.). *Guía para padres de prematuros*. Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de Fundación A. Miguel Larguía: <http://www.funlarguia.org.ar/content/download/461/2945/version/3/file/Guia+para+Padres+de+Prematuros.pdf>
- Lasiuk, G. C., Comeau, T., & Newburn-Cook, C. (31 de Enero de 2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(Suplemento 1), S13.

- Lee, L. A., Carter, M., Stevenson, S. B., & Harrison, H. A. (Mayo/Junio de 2014). Improving Family-Centered Care Practices in NICU. *Neonatal Network*, 33(3), 125-132.
- Lee, S.-Y. (., Lee, K. A., Rankin, S. H., Alkon, A., & Weiss, S. J. (Diciembre de 2005). Acculturation and Stress in Chinese-American Parents of Infants cared for in the Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 5(6), 315-328.
- Malusky, S. K. (Noviembre/Diciembre de 2005). A Concept Analysis of Family-Centered care in NICU. *Neonatal Network*, 24(6), 25-32.
- Marrero Santos, M. d., & Grau Abalo, J. (Enero-Junio de 2005). Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y Salud*, 15(1), 25-32.
- McGlade, M. S., Saha, S., & Dahlstrom, M. E. (Diciembre de 2004). The Latina Paradox: An Opportunity for Restructuring Prenatal Care Delivery. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2062-2065.
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (Julio de 2009-2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. (K. J. Doka, Ed.) *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 60(2), 103-128.
- Ministério da Saúde. (05 de Julio de 2000). *Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru - Portaria N° 693*. Recuperado el 26 de Marzo de 2017, de Portal da Legislação: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html
- Ministerio de Salud (MINSa) - Perú. (24 de Diciembre de 2013). *NTS N° 106 - MINSa/DGSP- V.01- Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud neonatal*. Recuperado el 18 de Febrero de 2017, de Buscador de Normas Legales - Intranet del MINSa: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM828_2013_MINSa.PDF
- Mitnik, F., & Descalzi, R. (2006). El Sistema de Diagnóstico: capacidades y rediseño. En F. Mitnik, *Políticas y programas de capacitación para pequeñas empresas* (págs. 295-300). Montevideo: Cinterfor/OIT. Recuperado el 27 de Agosto de 2017, de <https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00208-l.pdf>
- Montes Bueno, M. T., Quiroga, A., Rodríguez, S., Sola, A., & SIBEN, M. d. (Agosto de 2016). Acceso de las familias a las unidades de internación de

Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 85(2), 95-101.

Narro García, J., & Orbegoso Burgos, D. (24 de Octubre de 2016). *Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés de las madres del neonato prematuro. Hospital Belén-Trujillo 2016*. Recuperado el 12 de Marzo de 2017, de Repositorio de la Universidad Peruana Antenor Orrego - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Enfermería: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1998/1/RE_ENFE_JOSSELYN.NARRO_DIANAORBEGOSO_PERCEPCION_CUIDADO.ESTRES_DATOS_T046_703937601T.PDF

Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización - ESSALUD. (12 de Agosto de 2016). Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016. *Sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD*, 1-25. Lima, Lima, Perú: ESSALUD.

Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología*, 13(3), 233-244.

Proulx, D. (2014). *Diagnóstico y cambio organizacional: elementos clave*. (Primera ed.). (A. p. Piura, Ed.) Lima, Lima, Perú.

Ramezani, T., Hadian Shirazi, Z., Sabet Sarvestani, R., & Moattari, M. (2014). Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: A concept analysis. *International Journal of Community Based Nursery and Midwifery*, 2(4), 268-278.

Ruiz, A. L., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: Un programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(1), 36-45.

Seguro Social de Salud - EsSalud. (s.f.). *PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2016*. Recuperado el 30 de Enero de 2017, de Portal de Transparencia Estándar y de Acceso a la Información Pública: http://www.EsSalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_2012_2016.pdf

Servicio de Neonatología del Hospital "Vall d'Hebron". (15 de Agosto de 2017). *Guía para padres*. Obtenido de Neonatología - Hospital "Vall d'Hebron": http://www.vhebron.net/documents/10165/10190667/GUIA_PADRES_NEO_NAT_DEF_CASTELLA.pdf

Shaw, R. J., Bernard, R., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., & Koopman, C. (Marzo-Abril de 2009). The Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the Neonatal Intensive Care Unit. (A. o. Medicine, Ed.) *Psychosomatics*, 50(2), 131-137.

- Shaw, R., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (Mayo-Junio de 2006). Acute Stress Disorder among parents of infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. (A. o. Medicine, Ed.) *Psychosomatics*, 47(3), 206-212.
- Silva, T. R., Manzo, B. F., Fioreti, F. C., & Silva, P. M. (Setiembre-Octubre de 2016). Family-centered care from the perspective of nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. *Northeast Network Nursing Journal*, 17(5), 643-650.
- Tobelem, A. (1992). *Capacidad Institucional (SADCI) Manual de Procedimientos*. Buenos Aires, Argentina.
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M., & Jackson, D. (Setiembre de 2012). Neonatal nurses' perspective of family-centered care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2477-2487.
- Valera, S., Pol, E., & Vidal, T. (s.f.). *Elementos básicos de Psicología Ambiental*. (U. d. Barcelona, Ed.) Recuperado el 05 de Marzo de 2017, de El estrés ambiental: http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni4/4841.htm
- Wormald, F., Tapia, J., Torres, G., Cánepa, P., Gonzáles, M. A., Rodríguez, D., . . . Domínguez, A. (2015). Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio Multicéntrico. (S. A. Pediatría, Ed.) *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(4), 303-309.

Anexos

Anexo A: Detalle Del Producto

“Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN, desarrollando cuatro niveles de acción: apoyo emocional, empoderamiento de rol de padres, ambiente acogedor, capacitación en el cuidado neonatal”

PARTE 1: ETAPAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Programado por entrevistas individuales dos veces por semana desde el ingreso del neonato a UCIN, realizándose al lado del niño, para promover el desarrollo del vínculo o apego, o en espacios aislados (Sala de Informes) para discutir aspectos propios de la dinámica personal o familiar.

Tabla 19

Etapas del programa de intervención.

Etapas	Objetivos	Estrategias de intervención
Primera: Impacto ante el nacimiento del neonato: la creación de una membrana extrauterina.	<p>Crear un espacio de contención para los padres y la familia.</p> <p>Facilitar la creación de una matriz de apoyo y sostén para la madre.</p>	<p>Información acerca de las rutinas de la UCIN.</p> <p>Explicaciones acerca del concepto de edad corregida (premature), formas de acercamiento al bebé.</p> <p>Anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (ejemplo: dejar al bebé internado en el hospital).</p>
Segunda: Primeros contactos madre-neonato: facilitación de los contactos con un bebé real.	<p>Elaborar diferentes duelos que deben atravesar los padres y entorno familiar.</p> <p>Facilitar las capacidades parentales de anticipación e identificación acerca de las características y necesidades del neonato.</p> <p>Detectar los factores que pueden interferir en estos procesos.</p> <p>Desarrollar los procesos de identificación materna y organización familiar.</p>	<p>Explicación a los padres de las necesidades de control homeostático del neonato patológico (prematuros).</p> <p>Observación de signos de desorganización, sobre estimulación, etc.</p> <p>Integración con otros padres de neonatos internados, organización de horarios de visitas, etc.</p> <p>Creación de espacios para los padres y entorno familiar que faciliten el reconocimiento de sus propias necesidades.</p>
Tercera: Interacción cercana. Fortalecimiento de las funciones paternas.	<p>Favorecer las funciones maternas de sostén o "holding" (Winnicott) y la empatía cenestésica (Spitz).</p> <p>Rescatar la singularidad del bebé.</p> <p>Favorecer la lactancia materna.</p>	<p>Observación de los recursos del bebé, formas de inhibir movimientos repentinos, sobresaltos, temblores, etc.</p> <p>Regulación de los estados de conciencia.</p> <p>Formas de contenerlo.</p> <p>Elaboración de un plan de estimulación del bebé.</p>
Cuarta: Preparación para el alta: segundo nacimiento del bebé.	<p>Organización de un ambiente de cuidado apropiado para el bebé.</p> <p>Integración del bebé al núcleo familiar.</p> <p>Interacción cercana con el equipo de seguimiento del neonato de alto riesgo.</p>	<p>Planificación conjunta entre equipo de cuidado del bebé y sus padres sobre el alta.</p> <p>Énfasis en la importancia del plan de seguimiento.</p>

Fuente: Ruiz AL, Ceriani JM, Cravedi V y Rodríguez D (2205). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr*, 103(1): 38.

PARTE 2: INSTRUCTIVO PARA DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PADRES DE NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN).

PRIMERA SESIÓN: Información acerca de las rutinas de la UCIN. Explicaciones acerca del concepto de edad corregida (premature), formas de acercamiento al bebé. Anticipación de situaciones dolorosas a atravesar (ejemplo: dejar al bebé internado en el hospital).

El cuidado del bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN)

Prematuro quiere decir que el bebé ha nacido antes de tiempo... Y porque ha nacido antes de tiempo necesita mucha ayuda de médicos y enfermeras y también necesita mucho, mucho cariño de sus papás y hermanitos.

Por algún tiempo el bebé prematuro necesita vivir en un lugar especial que es la UCIN del servicio de Neonatología.

¿Cómo es la UCIN?

En la UCIN existen numerosos equipos de monitoreo, incubadoras, ventiladores y todo tipo de aparatos imaginables. Es frecuente el sonido de alarmas. Y voces de médicos y enfermeras durante el pase de las visitas de evaluación o dando órdenes o comentando pacientes. La luz, aunque se intenta atenuar, es intensa día y noche. Invariablemente algún paciente se encuentra muy grave y a su alrededor se nota preocupación. Para eso, los médicos y enfermeras están atentos y preparados para ayudar al bebé prematuro a superar algunas situaciones complicadas que a veces se presentan... Las complicaciones aparecen porque el bebé todavía no estaba listo para vivir separado de su mamá.

Los bebés prematuros necesitan mucha ayuda para superar los problemas que tienen para sobrevivir y crecer...

Los cuidados que se brindan en la UCIN están dirigidos a:

- Mantener la temperatura: para que no se enfríen es que se los “guarda” en una cuna especial que es la incubadora.
- Lograr una alimentación adecuada: los bebés muy pequeñitos no pueden tragar bien... por eso se les pasa alimento por tubitos... Cuando se pasan nutrientes directamente por las venas (“vía endovenosa”) se dice que “recibe alimentación parenteral”. Los bebés prematuros pierden peso en los primeros días de vida hasta que se acostumbran a esta forma de recibir los aportes indispensables para mantener la vida.
- Todos los recién nacidos tienen que cambiar su mecanismo de circulación de la sangre para obtener oxígeno porque en el vientre materno lo conseguían directamente a través de la placenta, pero después de nacer tienen que poner en funcionamiento sus pulmones. Los prematuros tienen problemas en hacer este cambio y, en algunos casos, hay que administrar un medicamento llamado ibuprofeno para cerrar la comunicación entre las arterias aorta y pulmonar. Los médicos hablan de “ductus arterioso” para referirse a esta comunicación o conexión entre arterias que debe cerrarse para que el bebé respire con sus pulmones.
- Lograr una buena cantidad de oxígeno en la sangre... es tarea difícil para el prematuro por la inmadurez de sus pulmones... respirar le cuesta mucho esfuerzo y a veces se puede escuchar como un “quejido”. En muchas ocasiones es necesario administrar en forma muy controlada oxígeno porque el bebé solito no consigue respirar bien... Cuando el bebé tiene problemas para respirar los doctores dicen que tiene “síndrome de dificultad respiratoria” y a veces administran una medicación llamada surfactante.
- Mantener una respiración adecuada no depende solamente de los pulmones, sino que también depende del sistema nervioso central (cerebro). A veces el bebé se queda sin respirar por un ratito cortito: esas paradas o detenciones de la respiración se llaman “apneas”. A causa de las apneas el bebé no consigue todo el oxígeno que necesita. Los médicos y enfermeras controlan la cantidad de oxígeno que el bebé tiene en la sangre con un aparato que se llama “saturómetro”. Cuando las apneas son muchas se administran medicamentos como la “aminofilina” y la “cafeína”. Cuando el bebé crece y madura estas apneas desaparecen.

- El hígado del prematuro también es inmaduro por lo que cierta sustancia que se encuentra en la sangre, la “bilirrubina” aumenta y el bebé se ve amarillo. Este problema es transitorio, pero requiere un tratamiento que se llama “fototerapia” y que es muy simple: consiste en poner al bebe bajo una luz intensa.

En la segunda sesión recibirá más información sobre: incubadoras, canalizaciones, ventilación mecánica, saturómetro, fototerapia. Todo ello en la parte **EQUIPAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)**

A veces surgen complicaciones

Los procedimientos que se hacen para ayudar al bebe pueden generar algunas complicaciones o pueden tener consecuencias indeseables...

- El sistema inmunológico del bebé –que es el que lo defiende de los microbios y sustancias que lo pueden dañar- también es inmaduro y lo deja un poco desprotegido. Todos los recién nacidos prematuros son inmunológicamente imperfectos. Además, muchos de los procedimientos que se utilizan en la UCIN, aunque se tomen todas las medidas de control posibles, pueden transportar gérmenes que producen infecciones que deben ser tratadas con antibióticos.
- La administración de oxígeno se hace con mucho cuidado porque se puede provocar alguna complicación en los ojitos del bebé. Es recomendable que un especialista en ojos (oftalmólogo) revise al bebé y le haga un “fondo de ojo” que consiste en mirar, con un lente especial, adentro del ojo para ver cómo están las venitas y arterias. Se trata de evitar una complicación que se llama “retinopatía del prematuro”.
- Los bebés que necesitan mucha ayuda para respirar – ventilación mecánica – suelen desarrollar una enfermedad que se llama “displasia broncopulmonar” que significa que sus pulmones y bronquios no pueden funcionar bien y necesitan seguir recibiendo oxígeno de un tubo. Con el tiempo el pulmón se regenera y los niños se desarrollan normalmente.

Algunas definiciones que les serán útiles en el momento de los informes médicos:

Edad Gestacional: son las semanas transcurridas entre el primer día de la fecha de la última menstruación y el día del nacimiento del hijo/a.

Edad Gestacional corregida: Se obtiene al sumar la edad gestacional más la edad cronológica post parto (días de vida extrauterina). Es el dato más importante para ver al neonato en su contexto real, y así comparar su crecimiento y desarrollo de forma equilibrada, ya que se elimina el sesgo negativo producto de la prematuridad.

Recién Nacido a Término: el nacimiento se produce entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional.

Recién Nacido Pretérmino: el nacimiento se produce antes de cumplidas las 37 semanas de edad gestacional.

Recién Nacido de Bajo Peso: el peso de nacimiento es inferior a 2500 gramos.

Recién Nacido de Muy Bajo Peso: el peso de nacimiento es inferior a 1500 gramos.

Recién Nacido de Extremo Bajo Peso: el peso de nacimiento es inferior a 1000 gramos.

Recién Nacido pequeño para edad gestacional (PEG): el peso de nacimiento es inferior al que le corresponde por su edad gestacional.

¿Cómo ser papás de un Prematuro?

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de vital trascendencia en nuestras vidas. Siempre diferente, aunque tengamos otros hijos. Pero cuando el parto se adelanta y ocurre el nacimiento prematuro una avalancha de sentimientos nos invade. Abrumados por la angustia que nos provoca el impacto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, “la UCIN”, donde dejamos a nuestro pequeño bebé y al no entender el lenguaje utilizado por los médicos y enfermeros, nos damos cuenta de que nada sabemos sobre estas nuevas palabras, entre otras tantas que escucharemos en esos días: bebé prematuro.

Nos vamos a casa con los brazos vacíos y muchas preguntas.

¿Qué sentimos los padres frente a este nacimiento?

- No comprendemos cómo y por qué se adelantó el parto, en qué nos equivocamos para que esto pasara.

- La llegada de un hijo diferente al que nos imaginábamos, muy pequeño y frágil, que nada se parece al bebé de las publicidades, nos hace sentir muy inseguros y solos.
- No entendemos cómo funcionan todos esos aparatos dentro de la UCIN.
- No sabemos cómo relacionarnos con el bebé. Sentimos que estorbamos y nada podemos hacer para ayudarlo.
- Desconocemos que el bebé debe adaptarse a vivir fuera del útero.

¿Qué nos puede ayudar a sobrellevar este momento crítico y estresante que vivimos durante la internación?

- Recibir información, comprender qué está pasando, estar informados durante el internamiento nos ayuda a disminuir la angustia y a minimizar el impacto al que nos enfrentamos cuando dejamos a nuestro bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La información nos permite entender la problemática del bebé prematuro, familiarizarnos con las técnicas, los protocolos, el lenguaje utilizado por el personal de enfermería y médico, entender al equipo de salud y colaborar en la atención del bebé.
- También ayuda el poder relacionarnos con otras familias, conversar, “poner en palabras” y compartir todos estos sentimientos que nos identifican.
- Comenzar con el cuidado del bebé durante la internación hace posible establecer un vínculo que no pudo darse naturalmente en el momento del nacimiento. Sentir que “ese bebé” es nuestro hijo nos proporciona una experiencia que, día a día, nos va preparando para el alta y asegura la continuidad en el Programa de Seguimiento.

Aunque cada experiencia resulte diferente, queremos compartir con ustedes algunos testimonios:

Durante el internamiento:

“Muchas veces oímos, pero no escuchamos. Los primeros días estamos como en una nube donde prácticamente no sabemos qué pasa”.

“Siento que desde que nació nada pude hacer por ella, no la tengo dentro mío, pero tampoco en mis brazos y me asusta el sólo pensar que algo malo le puede llegar a pasar”.

“Es difícil volver a casa con las manos vacías, cuando nos dan de alta y tu bebé queda en la clínica, es como que no sabes a qué viniste a ese lugar. No te operaron de nada, no te sacaron una muela, llegaste a ese lugar a tener a tu hijo y te vas con las manos vacías. Es muy fuerte para una mamá irse sin su hijo a casa, por más confianza que le tengas a la gente con la que se queda el bebé.”

“Cuarenta y tres días que nos pasamos leyendo los números de todas esas máquinas a las cuales se encontraban conectadas”

“Durante los días o meses que pasas en la UCIN te vas acostumbrando a el ritmo de esos cuidados. El control cada dos horas, el estar todo el tiempo conectado a los sensores que te dicen qué temperatura, latidos, y respiración tiene tu bebé, al menos nosotros nos acostumbramos mucho a eso y después cuando tu bebe está “desconectado” es como si faltara algo que te informe que está todo bien.”

Compartir experiencias, la participación de los padres, recibir información y apoyo del equipo profesional:

“Realmente hace muy bien leer las historias de vida, uno piensa que es el único, pero ve que no, sobre todo en esta etapa que hasta parece que ni siquiera nuestros padres nos entienden.”

“Fueron 20 largos y duros días en la UCIN donde viví el peor momento de mi vida. Gracias a Dios tuve el apoyo de mi familia, aunque sentí que no me entendían porque no habían pasado nunca lo que yo estaba viviendo, sólo sentí que los otros padres de bebés prematuros me comprendían y me alentaban. Al principio me desesperaba porque lo comparaba con otros bebés y él era más inmaduro (esto era por falta de conocimiento), ahora sé que todo es más lento, que hay que tener paciencia.”

“Los médicos/as y enfermeras/os que la atendieron fueron muy importantes para mí en este período ya que me encontraba sola, debido a que vivo lejos de Huancayo y mi marido por motivos laborales sólo nos visitaba los fines de semana.”

Se acerca el alta:

“Mis dudas son muchas, mis temores de llevarlo pronto a casa pasan por sentir que no voy a saber cuidarlo como lo necesita y como lo hacen en Neo.”

“Es gratificante ver el progreso de tu hijo día a día porque cuanto más avanza más cerca está de llegar a casa. El paso de la incubadora a la cuna, el aprender a tomar la teta, el

pasar el umbral de 1900 gramos. Todo es un aprendizaje. ¡Nos hizo muy bien empezar a acostumbrarnos que ya no estaban más los sensores!”

“Creo que uno se mal acostumbra a tener un equipo muy cerca a cada momento y el bebé también se acostumbra a los tiempos de la UCIN y después cuando estás en casa es un poco difícil revertir esos tiempos. También recuerdo que llega un momento que te lo quieres llevar a casa porque deseas estar cuanto antes todo el tiempo con él, porque sabes que está bien y que sólo le falta subir unos gramos que se hacen interminables.”

“Estaba llegando el día del alta, tenía miedo de no saber cuidarla como lo hacían las enfermeras, aunque en la UCIN me permitieron compartir cada minuto de vida de mi hija hasta el mismo día que dijimos adiós. Junto con mi esposo participábamos de todo... era normal vernos teniéndola en forma de cangurito.”

“Yo me moría de ganas que vinieran cuanto antes, pero al mismo tiempo tenía mucho miedo de no poder cuidarlas sin apoyo médico. Era raro que pasaran de estar monitoreadas las 24 horas en un ambiente aséptico a que de golpe estuvieran en casa, compartiendo los mocos del hermano las 24 horas y sin ningún saturómetro que chillara para avisar problemas de oxígeno. Al mismo tiempo ya se hacía intolerable estar en el Hospital, cada vez me costaba más despedirme de ellas a la noche y realmente sentía que las estaba abandonando y que no era natural que ellas se quedaran ahí y yo me fuera a casa”.

“Cuando me dijeron que mi hija, que había nacido antes de los 8 meses con 1120 gramos de peso, después de casi dos meses y medio de estar en UCIN y haber pasado por una operación de estómago, podría irse de alta, entré en euforia total luego de la cual pasé al pánico: ¿estaré preparada para atenderla? Gracias a Dios que sí, en la UCIN donde estaba mi hija y donde yo pasaba la mayor parte del día mientras estuvo internada, aprendí a darles sus alimentos (amamantarla y biberón), a cambiarla, bañarla y darle sus medicamentos.”

“¡Nos vamos a casa! Estamos muy felices... Ya se me pasó un poco el miedo, gracias a la doctora y a las enfermeras que me hablaron mucho y me dieron “clases” para preparar la leche, las vitaminas, bañarlo, cambiarlo. La verdad que, en la UCIN, tuve la valiosísima colaboración de todos, enfermeras y neonatólogos.”

“Nos ayudó mucho el tema de que diez días antes del alta, cuando a Santiago sólo le faltaba ganar peso para irse, ya era responsabilidad mía administrarle los medicamentos y vitaminas, alimentarlo y ser por primera vez su “mamá” las 24 horas. Esto me ayudó a

ganar confianza y aprender a manejarme con mi hijo, aunque cuando llegué a casa, no me alcanzaba el tiempo ni las manos para hacer todo como a cualquier madre primeriza.”

“Uno como padre necesita prepararse desde el hospital y antes de venir a casa para recibir al prematuro. El asesoramiento y organización de las diferentes evaluaciones médicas, las terapias, por ejemplo, las citas de control, etc. es imprescindible.”

El alta y las obsesiones:

“Una vez que llegamos a casa nos volvimos un poco maníacos con los controles de temperatura y con el tema de las visitas, que estuvieran sanos, que no tuvieran resfríos, que no vinieran todos juntos y bueno, después de tanto tiempo de querer tenerlo con nosotros nos importaba más nuestro bebe que las visitas”.

“Si bien lo primero que queremos cuando nos toca una situación así es llegar pronto a casa, porque lo esperamos mucho, es inevitable sentir miedo, que algo pase y no tener a quién recurrir de una manera inmediata, dado que ya no están las enfermeras ni los médicos en tu casa, me sentía tan vulnerable.... A mí y a mi familia nos costó volver a tomar el control de la situación”.

“De noche no dormía por miedo a no escucharla, a que se pasara la hora de su comida, cada 3 horas sonaba el despertador, miedo a que se ahogara con las sábanas de la cuna o simplemente que no respirara.”

“El doctor nos dio permiso para no preocuparnos tan obsesivamente por cumplir con todo. Además de lo fóbicos que andábamos por el tema de los contagios, de los virus, de las bacterias, de todo... Limpiábamos todo con alcohol gel, todo lo que usaba Santiago se esterilizaba, el agua se recontra hervía, su ropita lavada a mano e impecablemente planchada, cada vez que tocábamos a Santi era previo lavado de manos con jabón antiséptico... Y ni hablar de recibir gente, no entraba nadie, sólo los abuelos y tíos, y una vez por semana. Así estuvimos hasta tres meses después del alta y luego, de a poco, comenzamos a sacar a Santiago al mundo exterior”.

“Mi hijo, que tenía cuatro años en ese momento, se convirtió en “el enfermero”, alcanzando pañales y cremas y ayudando en todo lo que podía. En cierta forma sentí que quizás las chicas podrían haber venido antes, pero claro que quizás las cosas no hubieran sido iguales. Quizás todo funcionó tan maravillosamente bien porque el momento del alta fue el adecuado”.

Cuando pasa el tiempo:

“Muchos comentarios me ayudan a saber que no soy la única que siento algunas cosas... creo que ya pasó lo peor porque mi hija ya está en casa.... pero estoy en la etapa de la herida que no cierra... y sigo asustada.”

“En fin, los prematuros requieren atención especial. Conocemos padres que no les han dado importancia a los consejos médicos y se encuentran a los seis años con serios problemas, que es la etapa del crecimiento.”

“Nosotros fuimos padres de gemelas de 30 semanas de gestación, el 1º de marzo comenzaron 1º grado, son unas hermosas nenas y muy sensibles. Aún les cuesta crear vínculos con otras personas, de hecho, la adaptación con ellas en la escuela fue más larga que la de sus compañeros. No estamos seguros si es una característica de bebés prematuros o de mamás temerosas”.

Algunos “Tips” para tener en cuenta

- Tomar algunas fotografías durante el tiempo de internación:

A los niños y adolescentes en algún momento de su historia se les ocurre preguntar por su origen: cómo y dónde nacieron, cuál era el lugar, por qué les pusieron ese nombre, en fin... Tener alguna fotografía de esos tiempos iniciales puede ser un aporte importante que permita acercar datos sobre una historia que seguramente tuvo distintos matices, mucha constancia y cariño. Puede ayudar a representar los cuidados recibidos y la importancia de los mismos.

- La preocupación constante por el aumento de peso:

De las múltiples variables que los médicos consideran en la evolución de un prematuro el peso es la de observación común y más directa para los familiares. Puede transformarse en una obsesión durante el internamiento y aún en el seguimiento. El momento privilegiado de la alimentación pasa así a convertirse en una meticulosa cuenta de gramos de más o de menos. En algunos casos incluso lleva a las madres a desconfiar de la alimentación a pecho en tanto no es tan mensurable y observable como la administración por otras vías. Es recomendable

que no se animen o decepcionen por las variaciones diarias sino evaluar las tendencias por períodos semanales.

El tema del peso resulta un puente directo entre el internamiento y el alta para las familias. El mismo es tenido en cuenta por el equipo de salud junto con otros aspectos integrales que hacen a la consideración de su madurez y desarrollo de acuerdo a lo esperado.

- Respetar los tiempos:

Las internaciones prolongadas promueven la relación con otras familias que atraviesan situaciones parecidas. El intercambio de experiencias resulta beneficioso como estrategia comunitaria siempre que se respete una premisa fundamental: “Aceptar las diferencias”, lo cual significa entender que los niños prematuros no son iguales ni evolucionan de la misma forma en el mismo tiempo. Las comparaciones que se establecen durante los tiempos de internamiento son, a menudo, inevitables, y a la vez fuente de ansiedad y angustia. Cada persona tiene sus propios tiempos y particularidades, que no se explican únicamente por la edad gestacional o el peso. ***Es tal vez una de las lecciones más difíciles de asimilar en las UCIN.***

- Interacción con otros padres:

Esta actividad, ya sea organizada espontáneamente o a través de espacios hospitalarios, reduce el estrés y permite empoderar a los padres al conocer experiencias exitosas similares a sus casos y, a su vez, retroalimentar a aquellos nuevos padres que inician el camino de la Hospitalización en la UCIN.

- Información:

Mantenerse informado en su punto justo, preguntar todas las dudas y buscar información en fuentes confiables como médicos, enfermeras, psicólogas, o en sitios de internet recomendados y validados por dichos profesionales, pero no vivir pendiente de nuevas informaciones.

A fin de complementar lo anterior, mencionamos algunas fuentes de información sobre el particular:

- ASOCIACIÓN DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS - <http://www.aprem-e.org/>
- MANUAL PARA PADRES DE NIÑOS PREMATUROS: Maureen A. Doolan Boyle. Manual para padres de niños prematuros presentado y difundido por la Sociedad Española de Neonatología que surge de la necesidad de información y apoyo que sienten las familias - <http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf>
- COMUNIDAD DE PADRES DE NIÑOS PREMATUROS DEL INMP – MATERNIDAD DE LIMA - <https://es-la.facebook.com/prematurosinmp/>

- Extracción de leche y “apego”:

Para sacarse leche, se sugiere llevar una foto del bebé para mirarla mientras se encuentran haciendo la extracción, además una caricia, masajes, comer algo dulce, entre otras cosas, colabora en la liberación de la leche. En esto los papás pueden ayudar, tal vez no dentro del lactario, pero sí en casa o antes de que la mamá entre.

- Estrés del “alta”:

No preocuparse en exceso por lo que pasará cuando el niño vaya a casa; será dado de alta cuando reúna las condiciones necesarias para poder estar en buen estado de salud sin la asistencia de la internación. Al principio les parecerá algo muy lejano, pero cuando vaya pasando el tiempo verán a su bebé cada vez más grande y habiendo adquirido aprendizajes que al principio parecían imposibles, como por ejemplo regular la respiración, la temperatura y la succión, llegar hasta un peso casi de 2 kilos, etc.

Variables a tener en cuenta para el desarrollo de la SESIÓN:

Historia del embarazo.

Grupo familiar, sostén y riesgo social.

SEGUNDA SESIÓN: Explicación a los padres de las necesidades de control homeostático del neonato patológico (prematuros). Observación de signos de desorganización, sobre estimulación, etc. Integración con otros padres de neonatos internados, organización de horarios de visitas, etc. Creación de espacios para los padres y entorno familiar que faciliten el reconocimiento de sus propias necesidades.

EQUIPAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

Las UCIN tienen un complejo equipamiento necesario para la asistencia del prematuro con la tecnología moderna, pero que como ya mencionamos, no reemplaza a los padres, cuyo rol protagónico es indelegable.

Todo ello colabora a cubrir las necesidades básicas para garantizar la supervivencia y el desarrollo normal de nuestro pequeño paciente.

Describiremos a continuación los equipos de más frecuente utilización para su reconocimiento y comprensión de su función.

- 1) Incubadoras: Las incubadoras se utilizan para mantener al prematuro a una temperatura normal, es decir, con su temperatura entre 36,5 y 37,5° C de manera tal de que todas las calorías que reciban se utilicen para el crecimiento. Las incubadoras cerradas compensan la pérdida de calor del bebé mediante la circulación de aire a mayor temperatura. Las incubadoras abiertas lo hacen mediante la emisión de calor radiante. En ambos casos el recién nacido se coloca sobre un nido provisto por dos hemcilindros de manera de mantenerlo en flexión, condición en la cual se siente más contenido como lo estaba dentro del útero. Además, es cubierto con una lámina de plástico llamada "sabanita" que evita las pérdidas de calor por convección como lo haría la ropa. Finalmente, se les coloca un gorro ya que la cabeza representa un porcentaje importante de su superficie corporal. Las incubadoras regulan su accionar con cables que registran la temperatura de la piel.

- 2) **Canalizaciones:** Los recién nacidos necesitan estar bien hidratados y tener niveles de glucosa en sangre normales (este último es el principal sustrato energético, es decir “combustible”). Como se comentó previamente, esto no resulta fácil por intolerancia digestiva o porque aún no es posible administrar agua, glucosa, electrolitos y alimentación por vía “natural” (oral o por sonda). Por ello es que se colocan accesos vasculares, es decir catéteres por vía arterial o endovenosa. Se los llama “sueros” pero en realidad es la suma de: agua, electrolitos (sales) y alimentos en distintas proporciones según la realidad de cada día. Cuando el fundamento principal de la canalización es la alimentación se la llama: alimentación parenteral.
- 3) **Saturometría:** De todos los monitoreos, que son muchos, el principal es la medición de la oxigenación de la sangre a través de un sensor que se coloca sobre la piel de manos o pies. El equipo que registra esta medición se llama saturómetro. Frecuentemente escucharán del personal de salud que el bebé satura bien y esto es bueno, y otras veces escucharán que “desatura”. Esto quiere decir que por momentos la oxigenación no es óptima y alguna medida deberá implementarse. La saturometría es uno de los elementos principales para la prevención de la retinopatía del prematuro.
- 4) **Fototerapia:** Dijimos que todos los prematuros tienen ictericia, que se evidencia por una coloración amarilla de la piel. Cuando la bilirrubina, que es el pigmento que produce esa coloración llega a una determinada cifra, se coloca un equipo con tubos especiales sobre la incubadora que permiten que la bilirrubina descienda. Para que esta luz no moleste al bebé se le cubren sus ojos. Estos equipos son llamados de fototerapia.
- 5) **Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP):** Esta es una medida terapéutica muy eficaz y de muy frecuente aplicación para mejorar la función pulmonar de los prematuros. CPAP significa en inglés: continuous positive airway pressure que en nuestro idioma se traduce como presión positiva continua en la vía aérea y se realiza con una pieza nasal conectada a un circuito de tubuladuras. Cuando el recién nacido ya no necesita este apoyo respiratorio, generalmente pasa a respirar oxígeno en la concentración que

corresponda en un hemcilindro o caja de acrílico a los que se denomina habitualmente “cabezal” o “Hood”.

- 6) Ventilación Mecánica: Es una técnica que se utiliza cuando el prematuro no puede mantener por sí mismo una respiración efectiva. Se aplica utilizando distintos modelos de ventiladores que tienen en común que utilizan un tubo endotraqueal. Casi siempre cuando se ingresa a ventilación mecánica además se administra un medicamento llamado surfactante, muy efectivo para “madurar” el pulmón del prematuro. En cuanto es posible, los bebés deben salir de esta técnica de asistencia para ser asistidos en la modalidad CPAP o Hood que simplifica mucho la asistencia. Algunos pacientes reingresan a ventilación mecánica, pero esto no debe vivirse como un fracaso, sino como una transitoria vuelta a ese tipo de apoyo respiratorio.

¿Qué es “ORGANIZACIÓN”? CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA INTERACTIVA

La teoría “interactiva” (synactive theory) que desarrolló la Dra. Heidelise Als, postula que los recién nacidos humanos forman activamente su propio desarrollo que está dado en gran medida por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y quienes lo cuidan.

Esta comunicación constante del organismo con el medio ambiente ha permitido identificar la interacción de varios subsistemas de funcionamiento dentro del organismo. Estos subsistemas influyen el funcionamiento de los órganos corporales, la actividad motora y la organización de los “estados” o niveles de conciencia, todo ello a medida que interactúan con el ambiente de cuidado.

Es indiscutiblemente importante que los padres, al ser socios del equipo de salud y los cuidadores más importantes del neonato prematuro, conozcan con claridad estos conceptos.

Todos aquellos estímulos que no sean acordes, penetran y desorganizan estos subsistemas, mientras que los apropiados mantienen y promueven la integración funcional y el crecimiento del prematuro.

El concepto básico de esta teoría, es que el prematuro se defenderá en primera instancia, contra la estimulación si es inapropiada en el momento, ya sea en complejidad o en intensidad. A menos edad gestacional, menor capacidad de defensa.

Si este estímulo persiste, no será capaz de mantener el balance o estabilidad entre estos subsistemas y llegará a su desorganización. En contraposición con esto, los estímulos apropiados en tiempo, complejidad e intensidad lograrán este balance o estabilidad.

Por lo tanto, valorar la conducta o funcionamiento adecuado de los prematuros es indispensable para controlar y adecuar los estímulos evitando que lo desorganicen y promuevan el crecimiento sin afectar en forma permanente su cerebro.

Tabla 20

Signos de estrés y autorregulación teniendo en cuenta los subsistemas de la Teoría “Interactiva”.

Sistemas	Valoración	Signos de estrés	Signos de autorregulación
Autonómico	Incorpora las funciones fisiológicas necesarias para la supervivencia. Los indicadores son: color de la piel, frecuencia cardíaca, patrón respiratorio y actividad visceral.	Cambio de color Náuseas Cambio de la frecuencia y el ritmo respiratorio Cambio de la frecuencia cardíaca Descenso de la saturación	Color rosado Ritmo respiratorio regular Saturación estable Frecuencia cardíaca regular Funciones viscerales estables
Motor	Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.	Extensión o hipotonía de las extremidades. Separación de los dedos, mano en posición de extensión Boca abierta Bostezos Mueve los ojos, sin mantener contacto visual Lleva el cuerpo y los brazos en forma desordenada Movimientos involuntarios Movimientos continuos y desorganizados	Posición flexionada o recogida Mano en la cara Movimiento de la mano a la boca o mano en la boca Succionar Tono y postura relajados

Sistemas	Valoración	Signos de estrés	Signos de autorregulación
Atención / Interacción	Capacidad del niño para interactuar con el medio y ajustarse a los cambios	Boca abierta Bostezos Mueve los ojos, sin mantener contacto visual	Succionar Sonreír Mirar
Autorregulación	Es la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación con los cambios ambientales.		

Fuente: Egan F, Quiroga A, Chattás G (2012). Cuidados para el neurodesarrollo. *Enfermería Neonatal, Año IV* (14), pp. 05.

Cuando un RN presenta signos de estrés se considera que el neonato se encuentra DESORGANIZADO. Cuando un RN presenta signos de autorregulación se considera que se encuentra ORGANIZADO.

Posicionamiento del recién nacido:

Es de vital importancia instruir a los padres que el recién nacido prematuro tiene un tono muscular débil, por lo que crear un ambiente de “contención” les ayuda y brinda confort.

Por ello, en esta parte presentaremos algunas posiciones que brindan dicho ambiente favorable para el bebé.

Los padres deben conocer que las posiciones fuera de estos lineamientos pueden causarle irritabilidad por lo que es necesario que conozcan las correctas con el fin que ellos puedan repositonarlo por sí mismos.

Como ya conocemos, al colocar al bebé en una posición cómoda, “organizamos” su pequeño cuerpecito. Así, las posiciones incómodas lo “desorganizan”.

Cada niño tiene predilección por una posición u otra, por lo que es necesario individualizar.

- El uso de almohadilla escapular eleva la capacidad torácica, favoreciendo la función respiratoria y aumentando la comodidad en cuando está boca abajo. Su tamaño será igual que la medida hombro-hombro (Figura 5).



Figura 5: Almohadilla escapular.

Fuente: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15605/Mu%C3%B1ozBlanco_Adriana_TFG_2015.pdf?sequence=2

- Utilizar nidos y rollos proporcionales a su tamaño para ayudar a dar contención y fijarles límites (Figura 6).

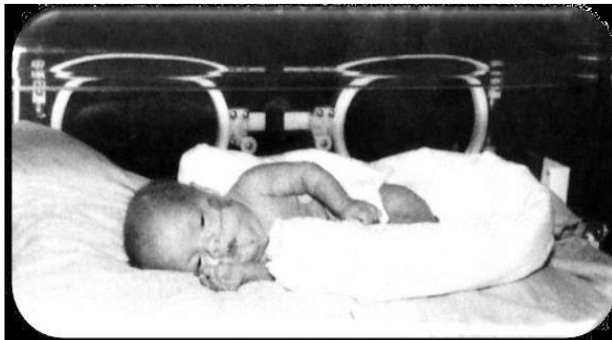


Figura 6: Nido de contención (supino).

Fuente: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15605/Mu%C3%B1ozBlanco_Adriana_TFG_2015.pdf?sequence=2

- Realizar cambios posturales que favorezcan la flexión global (Figura 7).



Figura 7: Nido de contención (prono).

Fuente: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15605/Mu%C3%B1ozBlanco_Adriana_TFG_2015.pdf?sequence=2

- Procurar colocarlo sobre superficies blandas ayudando a asemejarse más al ambiente intrauterino.
- Intentar mantener su cabeza en la línea media o lo más cerca de ella para evitar disconfort.
- Cuando se movilice al niño o se cambie su posición ayudarle a mantener los brazos y las piernas en flexión, de una forma suave y relajada.

Integración con otros padres:

Se encuentra la posibilidad que, de forma voluntaria, los padres puedan asistir a “grupos para padres”, a cargo de una profesional del área de Psicología, los que se organizaran de acuerdo a la demanda. En este espacio podrán compartir experiencias, sentimientos, temores, con padres que se encuentran viviendo situaciones similares dentro del mismo ámbito. Esto enriquece la experiencia en la UCIN y fortalece los lazos entre padres que podrán trascender la misma internación.

Horarios y visitas

Desde el Servicio de Neonatología le animamos a que permanezca con su hijo/a el mayor tiempo posible, y por ello en este servicio ***no hay horarios de visita y los padres podrán estar con su hijo/a siempre que lo deseen***. En ocasiones se les puede solicitar que esperen fuera de la UCIN cuando se esté realizando alguna prueba o técnica compleja a su hijo/a o a otro niño del mismo sector; esto es normal y necesario para garantizar una asistencia óptima y la privacidad de otros bebés y sus familias.

Es importante que durante la estancia en el box nos ayude a mantener un ambiente tranquilo y silencioso, ya que el descanso es un factor muy importante en la evolución de los niños ingresados. En el interior del box los padres han de permanecer al lado de su hijo/a para proporcionarle los cuidados necesarios; no deben estar en otras áreas ni situarse al lado u ofrecer cuidados a otro bebé.

Siempre que sea posible, intente programar con antelación el horario de sus visitas y coméntelo con el médico responsable del cuidado de su hijo/a en el momento del

informe diario. Esto ayudará a organizar mejor las actividades y le permitirá disfrutar y participar más de éstas.

Por motivos de prevención de infecciones, nuestra unidad tiene limitado el acceso rutinario sólo a los padres de niños ingresados. No obstante, si usted desea que otros acompañantes (abuelos o hermanos del neonato) puedan visitar a su hijo/a, coméntelo con la enfermera responsable de su cuidado.

Visitas de Abuelos y Hermanitos

Las internaciones de los prematuros suelen ser prolongadas y es importante prevenir el aislamiento y/o los temores por parte de la familia de este nuevo integrante.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé”, para facilitar la integración familiar, se organizan las visitas de abuelos y de hermanos.

Los papás pueden estar al lado de su hijo todo el tiempo que puedan, pero las visitas deben ser organizadas en determinados días y horarios.

Antes de ingresar a la UCIN para ver al bebé, los abuelos deben participar en una “reunión de abuelos” en las que el personal explica las características y necesidades de los bebés prematuros.

Así mismo los hermanitos participan en una “reunión de hermanos”, en la que reciben información adecuada a su nivel de edad.

¡Es muy importante cuidar la higiene y evitar contaminaciones!

Todos deben utilizar bata para ingresar a la UCIN.

Todos deben lavarse las manos muy bien con jabón antiséptico.

Los miembros del equipo de salud en las UCIN: verdaderos aliados.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se encuentran las personas que pueden brindar la ayuda que los padres y la familia del prematuro necesitan.

Los miembros de la familia y los miembros del equipo de salud son aliados.

Estos aliados son muchos: médicos, enfermeras, asistentes sociales, técnicos, tecnólogos y voluntarios. Todos ellos están comprometidos, en función de servicio y con fuerte vocación en el cuidado de los recién nacidos.

Brindar a los padres una adecuada información sobre el tratamiento y la evolución del prematuro, no es tarea fácil para ninguno de ellos: el lenguaje utilizado es diferente al coloquial de todos los días, la situación clínica de los bebés varía constantemente, a veces las noticias no son del todo buenas y otras veces la información debe postergarse a la espera de los resultados de estudios efectuados.

Los padres, estresados y deprimidos, experimentan además sentimientos de frustración y enojo. Estas no son las condiciones ideales para lograr una comunicación positiva. Los agentes de salud tienen claro que los padres de un niño enfermo están igual o más enfermos que él. Esto quiere decir que existe una fuerte predisposición a informar con paciencia repitiendo, las veces que sea necesario, lo que es difícil de comprender y de aceptar.

Como contrapartida, los padres al superar el desconcierto inicial, deben revalorizar a sus aliados y favorecer el mantenimiento de esta actitud de comprensión y apoyo. Cabe recordar que los miembros del equipo de salud también están expuestos a desgaste emocional ya que a la curación de un paciente le sigue la aparición de uno nuevo, muchas veces más grave aún.

¿Cómo se trata a un aliado? Reconociéndolo y cuidándolo.

Variables a tener en cuenta para el desarrollo de la SESIÓN:

En el neonato: edad gestacional, estado clínico, comportamiento neonatal, organización, conductas de estrés y evitación.

En los padres: historia conyugal y parental.

Personalidad materna, nivel de ansiedad, fantasías y temores acerca de ella como madre y de la salud de su bebé.

TERCERA SESIÓN: Observación de los recursos del bebé, formas de inhibir movimientos repentinos, sobresaltos, temblores, etc. Regulación de los estados de conciencia. Formas de contenerlo. Elaboración de un plan de estimulación del bebé.

Cuidados que pueden Brindar los Padres

Una vez que los papás se han repuesto del susto que sienten al ingresar a la UCIN pueden asumir un papel activo en el cuidado de su hijo. Para poder hacerlo necesitan indicaciones y orientaciones sobre todo del personal de enfermería.

Los padres tienen que recuperar la confianza en sí mismos para cumplir la función de cuidado del niño y encontrar la manera de expresarle cariño y demostrarle que es aceptado tal como es, aunque no se parezca al bebé que se habían imaginado.

Los padres pueden participar activamente en el cuidado y recuperación de su hijo a través de las siguientes acciones:

- Hablarle.
- Acariciarlo, calmarlo luego de una extracción de sangre, procedimiento, etc.
- Realizar contacto piel a piel (sacándolo por un rato de la incubadora).
- Alimentarlo por declive (bajo supervisión de enfermería).

Recuerde que la sobreestimulación, no respetando los ciclos del sueño del bebé o realizando maniobras bruscas al tocarlo o cambiarlo de posición puede provocar irritabilidad.

Por ello, debemos:

- Evitar manipulaciones durante o inmediatamente después de comer.
- Manipularlo de forma lenta y suave.
- Mantener siempre la flexión (evitar levantarlo boca arriba con las extremidades en extensión).
- Las caricias y masajes realizados por el personal y sus padres, supondrán una enorme fuente de relajación y confort.

Rol activo de los padres en la UCIN:

A través de la presencia continua y estable en la UCI como protagonistas activos en la recuperación del pequeño hijo hospitalizado, los padres recuperan la confianza en su función, entendida como sostén afectivo indelegable que facilita la evolución progresiva de estos niños prematuros.

El sostén afectivo, esta simple acción, resulta claramente el medio más directo y eficaz en la comunicación y en el desarrollo del vínculo padres-hijo a pesar de tanta interferencia inevitable.

Los médicos, enfermeras y máquinas requieren de una bisagra fundamental para obtener resultados exitosos en sus pequeños pacientes: es el “decidido” afecto de los padres por sostener de un modo “amoroso” a sus hijos prematuros, atenuando molestias, estímulos irritantes, e intervenciones invasivas utilizando su voz y el contacto físico como toda herramienta.

El deseo por la vida que anima a cada humano recién nacido debe sostenerse desde otro, que no es cualquiera, es el que tiene un valor fundamental en su vida para quien él representa un objeto de amor y de trascendencia, es decir: una madre y un padre, o quienes cumplan esa función.

Los padres de los RN prematuros internados en UCIN pueden participar activamente de su recuperación a través de las siguientes acciones:

- Hablarles.
- Acariciarlos.
- Calmarlos luego de una extracción de sangre, procedimiento, etc.
- Alimentarlos por declive (bajo supervisión de enfermería).
- Realizar contacto piel a piel con salida transitoria de la incubadora.
- En el caso de la madre: extraerse leche en el lactario para fomentar y sostener a futuro la alimentación a pecho.
- En el caso del padre, además, alentar el descanso y la adecuada alimentación de la madre para que pueda sostener la lactancia.

REFLEXIÓN: el monitor “multiparamétrico” de dedicación exclusiva

El Monitor “multiparamétrico” de dedicación exclusiva Padre y Madre no solamente pueden desarrollar su rol incuestionable de progenitores, sino que además es muy importante que reconozcan que pueden ser activos cuidadores de sus hijos. Superadas las etapas iniciales que dificultan el necesario aprendizaje, los padres bajo la supervisión de los agentes de salud (enfermeras/os) pueden y deben asumir acciones históricamente delegadas.

¿Qué queremos decir con esto?

Los padres, con el pre requisito del ingreso irrestricto a los servicios de neonatología, pueden asumir tareas de “enfermería” tales como la alimentación por sonda orogástrica (declive), el control de la temperatura y la higiene de sus hijos. Estas tareas, lejos de molestar al recurso humano más crítico, por ser casi siempre insuficiente en número (enfermería), representan un verdadero alivio, ya que inevitablemente invierte tiempo y mucho. Las enfermeras de esta manera pueden concentrar su tarea profesional en los RN con requerimientos más complejos de asistencia.

Padres y madres, sin saberlo al cabo de un tiempo se convierten en los equipos más perfectos de control del estado de sus hijos. Padres y madres con permanencia continua al lado de sus hijos, detectan sin errores los más mínimos cambios en ellos: cómo se mueven, su color, las características del llanto, la forma de respirar y multitud de otros detalles sutiles y quizás invisibles para los ojos de otros. Lo que estamos describiendo es ni más ni menos que el monitor más perfecto que un hijo prematuro desearía tener.

No requiere insumos ni descartables, ni conexión eléctrica y las alarmas funcionan constantemente. En medicina a este tipo de monitor lo llamamos “multiparamétrico”. Son de altísimo costo e imperfectos como todo artefacto mecánico.

Cada neonato prematuro tiene en sus padres este monitor en forma gratuita y exclusiva.

Dr. A. Miguel Larguía

Ahora detallaremos algunas formas de interacción controlada más complejas entre los padres y el neonato en la UCIN

Contacto piel a piel (COPAP)

Consiste en sacar al bebe de la incubadora y ponerlo sobre el pecho descubierto de la mamá. Es una práctica simple y segura que produce beneficios para el bebé y para la mamá.

Está comprobado que esta práctica estabiliza la temperatura de los bebés mucho mejor que las incubadoras, reduce el tiempo de hospitalización y contribuye a reforzar el vínculo madre-hijo. El contacto piel a piel puede incorporarse al plan diario de cuidado del recién nacido siempre que el médico lo autorice. Se recomienda que la duración de este contacto sea de una hora como mínimo. El papá también puede realizar esta práctica si lo desea.

Las condiciones clínicas del recién nacido y el deseo de los padres son las únicas limitantes en la duración del contacto piel a piel.

Alimentación

La leche de su mamá es el alimento ideal para el recién nacido sano, también para el enfermo y especialmente para el prematuro.

Aunque el embarazo no haya llegado a término, la leche de la mamá del prematuro tiene características que se adaptan a las necesidades especiales de su bebé. El calostro, que tiene muchas proteínas y anticuerpos, es muy necesario para el bebé prematuro. A medida que pasan los días, la composición de la leche materna va cambiando adaptándose al bebé.

Para la mamá es muy importante darle a su hijo prematuro su propia leche ya que así sentirá que ella también está haciendo algo especial por su bebé, y que no todo está en manos de los médicos.

Mientras el bebé no tenga fuerza suficiente para mamar es necesario que la madre vaya al lactario para extraerse leche.

- La extracción de leche debería iniciarse dentro de las 12 horas luego del parto.
- Las extracciones deberían realizarse cada 3-4 horas.

Una de las preguntas que se hacen las mamás es si su leche será buena y suficiente para su bebé. Muchas investigaciones han demostrado que el mejor alimento que puede recibir un bebé es la leche de su madre. Siempre la leche de la mamá es muy buena.

En algunos casos, el médico indicará si es necesario complementar la leche materna con vitaminas o minerales. Nunca será reemplazar la leche materna sino complementar, agregar.

La leche materna tiene sustancias -anticuerpos- que protegen al bebé de las enfermedades respiratorias más comunes y también de la diarrea. ¡También se ha demostrado que la lactancia materna influye en el desarrollo de la inteligencia!

El papá y la mamá de un bebé prematuro deben hacer esfuerzos para mantener la producción de leche materna mientras su hijito está en la UCIN.

¿Qué tipo de ayuda necesita una mamá para mantener la producción de leche?

- Necesita períodos de descanso y buena alimentación para asegurar un buen volumen de leche. El papá es responsable de asegurar el descanso y la adecuada alimentación de la madre.
- Necesita contacto piel a piel con su bebé.
- Necesita compartir su experiencia con otras madres.
- Necesita el apoyo del equipo de salud. Puede necesitar alguna medicación que indicará el médico.

¿Cómo puede recibir el bebé la leche de su mamá?

Cuando el bebé todavía no es capaz de succionar o si es necesario darle algún suplemento se le pasa la leche por un tubito muy flexible que se introduce por la boca y que llega hasta el estómago. Ese tubito se llama sonda orogástrica, y este procedimiento puede ser realizados por los padres previa capacitación.

A través de la sonda orogástrica, el bebé recibe pequeñas cantidades de leche materna varias veces al día. Algunos bebés pueden recibir alimentación por boca ya que antes de nacer, durante el último trimestre del embarazo, el feto realiza movimientos de succión y traga líquido amniótico.

El momento de comenzar a mamar directamente del pecho lo decidirá el médico tan pronto como le sea posible al bebé.

Las primeras prendidas al pecho requerirán mucha paciencia y ayuda por parte del equipo de salud.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA: PASOS

- 1) Trate de estar relajada, en un ambiente tranquilo. Esto facilitará la bajada de leche.
- 2) Lávese bien las manos con agua y jabón.
- 3) De masajes a sus pechos con movimientos circulares, desde la base a la zona de la aréola.
- 4) Estimule suavemente sus pezones como dando cuerda a un reloj. Extraiga y descarte las primeras gotas de cada pecho.
- 5) Coloque su pulgar arriba y el dedo índice por abajo en el borde de la aréola. Déjelos allí y no los deslice sobre la piel.
- 6) Empuje con los dedos hacia atrás, hacia sus costillas.
- 7) Apriete con los dedos rítmicamente, como si el niño/a estuviese mamando. Al principio saldrán gotas, luego chorritos de leche.
- 8) Extraiga su leche hacia un envase limpio de plástico o vidrio, con tapa que ajuste bien.
- 9) Si la leche deja de salir, masajee de nuevo su pecho, o cámbiese al otro, y continúe con la extracción hasta que sienta ambos pechos blandos.

- 10) Usted notará que su leche va cambiando de aspecto. Al principio sale casi transparente, pero después es cada vez más blanca y cremosa.
- 11) Las primeras veces, hasta adquirir experiencia, puede primero poner al niño al pecho unos minutos y luego realizar la extracción.

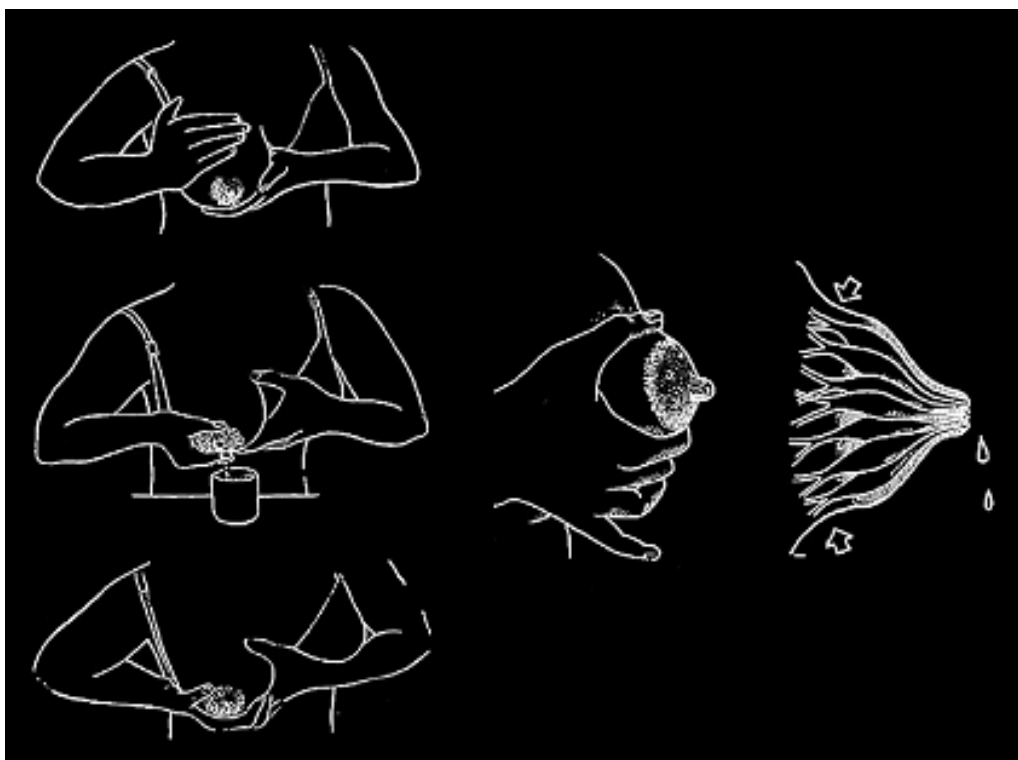


Figura 8: Técnicas de extracción manual de leche.

Fuente:

www.sarda.org.ar/content/download/309/1191/.../guia_para_padres_de_prematuros.pdf :



Figura 9: Formas incorrectas de extracción manual.

Fuente:

www.sarda.org.ar/content/download/309/1191/.../guia_para_padres_de_prematuros.pdf :

Observando y “leyendo” la conducta de mi bebé

Los recién nacidos pretérmino interactúan con las personas y el medio ambiente desde el primer momento luego de nacer. Oyen, ven, responden, diferencian estímulos positivos y negativos.

Wolff (1959), Prechtl y Beintema (1968) describieron los llamados “estados” de conciencia del RN, es decir, su comportamiento y su significado y los clasificaron en distintos “estados” o momentos.

Estados de conciencia:

- Estado 1 o de Sueño profundo: con ojos bien cerrados y quietos, la respiración es regular y no hay movimientos.
- Estado 2, de sueño activo o retraimiento: es el momento en que el prematuro ordena su Sistema Nervioso Central y crece y no se debe interferir. Se caracteriza por presentar muecas, hipotonía muscular, sonrisas, sobresaltos, movimientos incoordinados de succión, apneas cortas, respiración más lenta, los ojos están cerrados, pero con movimientos pequeños de rotación lentos y la respiración es irregular.
- Estado 3 o de alerta tranquilo: los ojos están abiertos, el bebé tiene un aspecto tranquilo, actividad motora escasa o sin movimientos, disponible para la interacción, con máxima capacidad de atención.
- Estado 4 o de Alerta activo: presenta movimientos generalizados, sin llanto, el cuerpo y la cara están quietos e inactivos, los ojos abiertos y brillantes.
- Estado 5: de llanto.

Comportamientos de aproximación:

Nos indican que el bebé está a gusto y comfortable:

- Extensión de lengua.
- Pies tocándose.
- Succión.
- Manos juntas, en la cara, con dedos entrelazados.

- Mano en la boca.
- Tomarse de la mano de sus papás o del examinador.
- Manos juntas tocándose.
- Emisión de sonidos agradables, movimientos de apertura y cierre de boca.

Comportamientos de cansancio y/o stress:

El stress es “la medida del desgaste vital”. Es un proceso de origen adaptativo que pone en funcionamiento los mecanismos de alarma necesarios para la supervivencia; relaciona todos los órganos del organismo en un conjunto de situaciones características. Está constituido por tres etapas: de alarma, resistencia y puede llegar al agotamiento.

El bebé nos lo manifiesta a través de diversos comportamientos:

- La actividad motora está desorganizada, es excesiva o descontrolada.
- Tiene movimientos amplios de las extremidades, lejos de su cuerpecito.
- Signos de retracción: vómitos, náuseas, tos, regurgitación, cambios de coloración.
- Manos abiertas en abanico, ceño fruncido, hiperextensión o incurvación del tronco y la nuca.
- Poca capacidad de auto-organización.
- Dificultad para dormir.
- Todo esto aumenta la inestabilidad y puede provocar alteración en la relación entre la respiración, la succión y la deglución.
- Llanto prolongado y/o frecuente, que indica un elevado nivel de excitación.

Sueño y vigilia:

Ambos maduran a lo largo del tiempo. El sueño es el período en que el bebé tiene los ojos cerrados, sin llanto ni actividad corporal importante.

El sueño es fuente de estimulación interna, necesaria para el crecimiento del Sistema Nervioso Central. Mientras duerme el bebé, se elevan relativamente la

temperatura, la circulación cerebral y la síntesis de proteínas, y como decían nuestras abuelas, es el momento en que el niño crece.

La vigilia coincide con el aumento de la atención visual y el estado de alerta, que a su vez dependen del crecimiento y maduración del Sistema Nervioso Central.

Algunos aspectos característicos del desarrollo en los bebés nacidos prematuros

El cerebro del prematuro tiene una gran sensibilidad; se encuentra a merced de una inmensa cantidad de información y sensaciones, pero es incapaz de inhibirlas, con el fin de protegerse, debido a la inmadurez de su Sistema Nervioso Central.

- Sus respuestas frente a los estímulos son inmaduras, desorganizadas e inefectivas.
- El tono muscular o postural está aumentado, con incremento de la consistencia de las masas musculares, apreciada con la palpación. Es una manifestación de estrés y disminuye con toques, caricias o masajes a cargo de los papás. No debe interpretarse como un avance en el desarrollo, y se indica no facilitar el “parado”, ni la tracción al sentado (maniobras reservadas a la evaluación a cargo de los profesionales que atienden al bebé).
- Trastornos en la atención: son muy dispersos, niños que impresionan que “no se quieren perder” nada. Pero este comportamiento dificulta su capacidad de aprender. Por eso es necesario que juegue y lo atienda una sola persona por vez, con un solo juguete u objeto.
- Auto-regulación inmadura: le es difícil recobrar la calma después de estar agitado; es incapaz de manejar varias cosas que pasan a la vez (si se le canta y juega con un chiche muy vistoso, o varias personas simultáneamente, o que le hablen y lo alimenten al mismo tiempo).

Hasta los dos años de vida, el crecimiento y desarrollo de un prematuro se evaluará empleando la Edad Corregida, es decir, la edad gestacional a la fecha de nacimiento, menos la fecha en que cumpliría las 40 semanas de gestación (fecha probable de parto).

¿Qué signos presenta un bebé que siente incomodidad o dolor?

Se observan cambios en los monitores (frecuencia cardíaca, saturación, inclusive temperatura), cambios en el color de la piel, contracción de las cejas y párpados, contracción de los músculos que se encuentran entre la nariz y la boca, llanto o gesto de llanto, arqueado del cuerpo, tensión o inquietud o, por el contrario, que se lo note flojo o inexpresivo y no puede mantener la posición fetal. Los prematuros muy pequeños podrían no presentar estos signos conductuales, pero sí cambios bruscos en la frecuencia cardíaca, temperatura o saturación de oxígeno. Sobre todo, en la saturación indicada en el monitor al cual el niño se encuentra conectado y que alerta sobre la oxigenación del bebé.

¿Cómo se puede manejar el dolor en el bebé o calmarlo - “contenerlo”?

Los médicos utilizan diferentes drogas para calmar el dolor, sobre todo si se le realizó al bebé algún procedimiento molesto. Es importante aclarar que médicos y enfermeras intentarán reducir lo más posible las intervenciones dolorosas. Así y todo, la máquina más efectiva para detectar estos síntomas de dolor o molestia es la mamá y también su papá. Si los padres sienten que su bebé está incómodo por algún motivo, deben informarlo al personal de salud, ellos sabrán cómo solucionarlo.

Es importante tener en cuenta que también existen técnicas no farmacológicas para enfrentar al dolor y aquí es donde papá y mamá son grandes protagonistas.

Algunas alternativas que pueden realizar de a una por vez, siempre con el consentimiento de médicos o enfermeras son las siguientes:

- Poner música tranquila que puede reconocer tal vez desde el embarazo, si se le ofreció durante el mismo este tipo de estímulo.
- Envolverlo adecuadamente para mantener piernas y brazos en posición fetal, o sostenerlo con firmeza, con las manos en la cabeza y pañal. Estas formas de contacto específicas son conocidas como “hand swaddling” y “facilitated tucking”, respectivamente. Reducen el estrés del neonato si los padres no sienten tan seguros de cargarlos o el neonato es inestable, o ha sido

estimulado excesivamente (despertado bruscamente, dolor por venopunción, etc.). Los padres deben conocerlas y practicarlas progresivamente:



Figura 10: Técnica de "Hand Swaddling".

Fuente: <http://babysleepconsultant.co.nz/swaddling-faqs/>



Figura 11: "Facilitated tucking".

Fuente: <http://www.jognn.org/cms/attachment/2043223054/2055779492/gr1.jpg>



Figura 12: "Facilitated tucking" previo a inducción de succión.

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/227907474_fig2_Figure-1-Facilitated-tucking-position-for-suctioning-procedure



Figura 13: "Facilitated tucking" previo a venopunción.

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/227907474_fig1_Figure-2-Facilitated-tucking-position-for-heel-stick-procedure

- Estimular la succión ya sea con chupete, la mano del niño u ofreciéndole el pecho en los casos en los cuales ya pueda comenzar la lactancia. También se puede consultar si se le puede ofrecer el pecho vacío.
- Minimizar otros estímulos evitando la hiperestimulación, por ejemplo: bajando las luces y evitando sonidos fuertes.
- Brindarle contacto piel a piel.

- Ofrecerle un chupón impregnado en suero glucosado o sacarosa (esta última proporcionada por médicos o enfermeras).

¿Cómo estimular apropiadamente al bebé dentro de la UCIN?

Se puede estimular al bebé según su edad gestacional y estado de salud. Se intentará que no haya sobreestimulación, por lo que los estímulos deben darse uno por uno, es decir, cuando el bebé logra adaptarse al primero luego puede intentarse combinar con otro.

Por ejemplo: solamente hablarle; si no presenta cambios en su estado clínico puede agregarse el tocarlo. Verán también que las enfermeras tapan las incubadoras para regular la cantidad de luz que ingresa a la misma, buscando el mismo fin de no sobre estimularlo y permitirle un descanso lo más relajado posible, sin interrupciones innecesarias.

Una manera de estimular al bebé a través del tacto y a su vez que él se sienta contenido, es apoyar una mano en su cabeza y otra en el pañal, estando el bebé boca abajo o de costado (lo detallaremos más adelante como “facilitated tucking”). No son recomendables las caricias ya que es un tipo de estímulo que el bebé todavía no podrá manejar hasta haber ganado mayor madurez. Un efecto parecido brinda el nido que las enfermeras arman en la incubadora o cuna por la cual el bebé está más apretadito, siente los límites de su entorno y esto brinda seguridad, lo cual apacigua el estrés.

En internaciones largas, cuando el bebé va creciendo, puede empezar a agregarse algún juguete o móvil. Los colores que más llaman su atención son el rojo y el negro en contraste con el blanco, por lo que se pueden mostrar figuras con estas tonalidades. Otra forma de estimularlo es acostarlo boca abajo, de esta manera, a medida que vaya creciendo intentará girar su cabecita de un lado a otro. Los padres deberán continuar haciéndolo luego del alta para que se fortalezcan los músculos del cuello e ir luego conquistando otras habilidades según transcurra el tiempo.

La succión es otro tipo de estimulación importante a la hora de que el bebé vaya madurando este reflejo, que luego servirá para su alimentación. Las enfermeras pueden darle un chupón al niño para lograr este fin.

Luego del alta, los padres decidirán si están de acuerdo o no con la utilización de este elemento, pero la succión es un reflejo que continuará durante mucho tiempo en el bebé. Después el niño logrará succionar su mano. Cuando al lactante se lo pueda poner al pecho, este será el mejor estímulo para la succión, tanto para el bebé como para la madre.

Variables a tener en cuenta para el desarrollo de la SESIÓN:

Características del prematuro, observación de sus diferentes subsistemas.
Organización de sus estados.

Capacidad materna de anticiparse a las necesidades del bebé, organización de cuidados, sostén, manipulación.

CUARTA SESIÓN: Planificación conjunta entre equipo de cuidado del bebé y sus padres sobre el alta. Énfasis en la importancia del plan de seguimiento.

EL CUIDADO DEL BEBÉ EN EL HOGAR: PREPARANDO EL ALTA.

¿Cuándo podrá irse a casa?

Es probable que cuando su bebé esté en la siguiente situación, el médico decida su alta:

- Mantiene su temperatura estable.
- No tiene pausas respiratorias o “apneas” o si las tiene son muy breves y no precisan tratamiento.
- Toma la alimentación (pecho o biberón) por succión.
- Aumenta de peso de forma estable.

- No necesita oxígeno (en algunos casos puede irse a casa con él).
- Tiene un peso mayor a 1900 gramos.

Lista de preparativos:

Por fin ha llegado el día esperado de llevarse a casa a su hijo. Hasta ahora lo ha atendido el equipo de profesionales de Neonatología, pero ahora ustedes van a ser los únicos responsables de su cuidado.

Esto puede parecer una responsabilidad enorme. En ocasiones, los niños prematuros precisan distintos tipos de soporte médico (oxígeno domiciliario) en el momento de irse a su casa. El personal de neonatología está a su disposición para ayudarles a hacer la transición del hospital a su casa.

¿Qué puede usted hacer para preparar la llegada del niño a su casa?

- Pida y repase con el médico el informe de alta de su hijo, aclarando las dudas que sobre él tiene (patología, medicamentos administrados, procedimientos empleados, etc.).
- Pregunte si se le han realizado el tamizaje neonatal, exploración oftalmológica, exploración de audición.
- Pídale al médico que le explique lo que considera desarrollo normal en el niño.
- Si necesita medicación, anote el nombre del fármaco (o procúreselo antes del alta), averigüe si existen marcas genéricas, además de información sobre la finalidad exacta del medicamento.
- Consiga las instrucciones para la administración del medicamento, posología, eficacia y efectos secundarios, qué hacer si olvida una dosis y las circunstancias en que debe consultar a su médico antes de administrarlo.
- Infórmese sobre la fórmula maternizada (si la está utilizando) y/o todas las dudas que pueda tener sobre la lactancia al pecho, así como las vitaminas que está recibiendo.
- Aprenda a tomar la temperatura del niño.
- Pregunte por las vacunas que ha recibido durante su hospitalización y el calendario de las próximas.

- Infórmese sobre la posibilidad de contactar con el Servicio de Neonatología para preguntar acerca del cuidado del niño, si fuera preciso.
- Tramite su primera cita de control, identifique al Médico encargado de la misma y asegure en su agenda dicha cita. Compruebe que su hijo ha sido citado en el programa de seguimiento del Hospital, y averigüe con qué frecuencia debe llevarlo a las revisiones.
- Procure preguntar al médico las enfermedades que suponen un riesgo para el niño, como el VRS (virus respiratorio sincitial) y aprenda a prevenir y detectar los signos de estas enfermedades.
- Averigüe si para dormir es seguro poner al niño boca arriba (suele ser lo recomendado al irse de alta) y cuál es la recomendación para reducir el síndrome de la muerte súbita del lactante.
- Si, después de abandonar el hospital, su hijo va a necesitar soporte médico adicional (oxígeno), aprenda el manejo correcto de los equipos.
- Asegúrese de que toda la familia ha sido instruida en el correcto lavado de manos.
- Pregunte si sólo se permite que un número limitado de personas visiten al niño en casa y en qué circunstancias no debe recibir ninguna visita.
- Busque información sobre los efectos de fumar cerca del niño. Trate de evitarlo.
- Pregunte en qué momento podrá salir con su hijo a lugares públicos.
- Obtenga los artículos especiales necesarios, como puede ser ropa para prematuros. Si es posible, practique las actividades de vestir, cambiar los pañales y bañar al niño antes del alta. Esta preparación le hará sentirse más seguro cuanto tenga que realizar estas tareas sola en casa.
- Adquiera una cuna para el coche y pregunte al personal de neonatología que cuidados especiales son necesarios para el mismo.
- Pregunte cuánta estimulación es aconsejable y qué signos le permiten detectar si el niño está cansado, estimulado en exceso o hambriento.

PAUTAS PARA FAVORECER EL DESARROLLO Y LA INTELIGENCIA DE LOS NEONATOS PREMATUROS

Las siguientes propuestas no requieren de un tiempo adicional, se incluyen en las actividades de la vida diaria: al cambiarlo, bañarlo, darle de comer, dirigidas a las mamás, papás y a toda la familia.

No es necesario gastar dinero pues los objetos que se emplean existen en todos los hogares o son fáciles de confeccionar y se dan las "recetas" correspondientes.

La participación activa del papá en el cuidado del bebé es una experiencia hermosa e imborrable para todos.

“Nuestro” niño nacido prematuro nos contará qué le gusta, le hace bien o le incomoda.

Mientras se relacionan con el lactante, es aconsejable que se encuentren tranquilos y dispuestos a disfrutar de una actividad placentera agradable para todos.

Las indicaciones se organizan en módulos siguiendo un Número, no por la edad cronológica ni por la edad corregida del niño, ya que se plantea pasar al módulo siguiente sólo cuando el niño logra realizar las actividades propuestas en el módulo anterior.

Presentamos los dos primeros módulos a fin que sean practicados al alta.

MÓDULO Nº 0: POR FIN EN CASA (40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA):

- Al llegar a la fecha de parto que tenía mi mamá, si hubiera completado los 9 meses de embarazo, me comporto como un recién nacido a término.
- Aunque mis sentidos y mi capacidad de percepción están más maduros porque hace más tiempo que recibo muchos estímulos al haber nacido anticipadamente.
- Es cuando me dan de alta de la internación, es otra especie de parto, momento al que todos nos tendremos que adecuar. ¡Comenzaré a adaptarme a un mundo completamente nuevo!

- Mi llegada a casa cambia los hábitos de mi familia: hay que reordenar horarios y actividades porque necesito una rutina y una organización de los adultos. Mis papás también iniciarán una etapa de aprendizaje: a conocer mis necesidades y características, y vivir una serie de emociones nuevas.
- Las rutinas, a los bebés, nos aportan seguridad y contención; cada cosa tiene su lugar y cada acción tiene su espacio adecuado (bañarse a determinada hora, dormir en mi propia camita, etc.).
- Necesito que toda la familia esté preparada y organizada, eso me facilita lograr mi propia organización interna. Por eso es importante mantener, en lo posible, una rutina con respecto a los momentos del baño, la alimentación, las visitas y las salidas.
- Si tengo hambre, estoy mojado, me siento solito o algo me molesta, lloro. Mis papás irán reconociendo mis distintos motivos de llanto.
- El más rico y mejor alimento es el pecho. Los grandes dicen que tiene comprobadas ventajas nutricionales y de protección contra las infecciones y que, si los bebés somos amamantados, tenemos un mejor desarrollo intelectual futuro.
- Pero si tomo biberón, no me des siempre del mismo lado pues mis movimientos y mi cabeza se mantendrán siempre hacia dicho lugar.
- Me gusta que me mimes al terminar de alimentarme, o si lloro o estoy molesto: puedes apoyarme sobre tu hombro, o en tu falda boca abajo, palmeándome suavemente en la espalda para que eructe y manteniéndome en brazos de 5 a 10 minutos después de mamar.
- Me gusta que mientras me alimentes, me cambies, me bañes, me acunes o al calmarme si lloro, me acaricies, recorras suavemente mis manos, pies, brazos, piernas, hablándome con voz suave y baja.
- Deseo que me hables, mirándome a los ojos y besándome. Quiero ver tu rostro de frente, bien iluminado.

- Al colocar tu dedo en la palma de mi mano, la cierro fuertemente.
- Para dormir, la mejor posición es de costado (con la cabeza rotada hacia un lado) o boca arriba. Mis pies deberán contactar la parte inferior de la cuna o el moisés, para que no me deslice hacia abajo y quede cubierto por las mantas. Éstas deberán estar colocadas por debajo de mis axilas.
- Necesito dormir solo en mi cuna para evitar sofocamientos y caídas. Además, es muy importante que me acostumbre a tener mi lugar y que mis papás puedan mantener su intimidad de pareja.
- Requiero diferenciar lo que es el día y la noche, acostumbrarme a estar en sombras a la noche y a la luz durante el día y cuando esté despierto.
- Mis sentidos están presentes desde que nací y los sigo ejercitando para lograr un mejor desarrollo: fijo la mirada en rostros, objetos y fuentes de luz.
- Me encanta que cuelgues pequeños cubos, discos o aros de colores vivos (amarillo, naranja, verde o rojo) más o menos a 50 cm. frente a mi vista.
- Como me atraen mucho los colores y la luminosidad intensos, no es bueno que la fuente de luz, alguna ventana o algo interesante se encuentre siempre en el mismo lado (al costado o detrás de mí) pues giraré la cabeza siempre hacia allí y puedo llegar a tener alteraciones posturales.
- Cuando me controla el pediatra, me sienta traccionándome de mis brazos, pero Uds. no repitan esta maniobra en casa. Es para evaluar mi tono, cómo sostengo la cabeza y varias cosas más...
- Aunque parece que me "gusta pararme" no me faciliten esta postura, soy aún muy chiquito y me lleva a ponerme muy tenso.
- Me iré adaptando a los ruidos de la casa (charlas, radio, TV, artefactos hogareños, etc.), pero no me gustan los sonidos muy fuertes.
- Aunque parezca que me entretiene, no puedo mirar televisión HASTA LOS DOS AÑOS, es una especie de "hipnosis". No estoy preparado pues los nervios de mis ojitos son inmaduros.

- Al bañarme, quiero que siempre sea en el mismo horario, antes de mamar y comer, con movimientos suaves y que los elementos necesarios estén cerca.
- Mientras me bañas, háblame o cántame con suavidad, mencionando las distintas partes de mi organismo.
- Después del baño o la comida, si estoy despierto, me gustará que me hagas masajes o caricias en todo mi cuerpecito. Esos mimos tienen que ser lentos y uniformes, con mis bracitos llegando a la línea media para que pueda chuparme las manos, que tanto necesito y me tranquiliza.
- Para alzarme, desde el nacimiento y hasta los 3 meses sostenerme con una mano mi nuca y el occipucio (la parte más saliente de la parte posterior de mi cabecita) y con la otra mis nalgas. Para trasladarme o darme de comer, estoy muy cómodo con el tronco flexionado (como estaba en la panza de mamá) y que mis piernas y manos se puedan mover libremente y tocarse entre sí, alternando de uno y otro lado.
- Al estar despierto, me encanta acostarme sobre mi pancita y que mis papis se pongan adelante mío, frente a mis ojos hablándome. Ejercito los músculos de la nuca, la espalda y el abdomen mientras intento abrir las manos.
- Papis: pueden anotar todas sus dudas y preguntas en una agenda o cuaderno, que les servirá de ayuda-memoria cuando consulten a mi pediatra. Seguro que les indicará el momento adecuado para comenzar a bañarme, así como cuándo iniciar cortos paseos.
- Me gusta que papá y mis hermanitos participen en mi cuidado y juegos.

MÓDULO Nº 1

Papis: Ya me conocen un poco más. Además de alimento, necesito desarrollar mi inteligencia, con su ayuda, para ver, oír, tocar, hablar, etc.

- Aunque sea tan pequeñito, todos los días voy aprendiendo algo nuevo, o repito lo que ya sé, y para todo cuento con mamá, que me ayuda a crecer.

- Cuando me alimentan, me acunan, bañan, levantan y juegan, no olviden de hablarme suavemente o repetir los sonidos que emito (AAA...GGG...) y cantarme, me encanta tu voz...
- No se olviden que, al hablarme, quiero que me miren a la cara, en un lugar con buena luz, para que ambos podamos vernos y disfrutar al hacerlo.
- Cuando esté despierto y con buen ánimo, acuéstense boca abajo apoyado sobre una base plana y estable: una cálida manta puesta en el suelo, sobre la falda de mamá o sobre una mesa, con la atenta mirada de un adulto. No me pongan sobre la cama pues se hundirá al ser una superficie mullida, y además es peligroso.
- Al estar boca abajo, si me miran a los ojos y me hablan, intentaré levantar mi cabecita.
- Pueden poner otro móvil de colores vivos que, si lo mueven en sentido horizontal, fijo la mirada por un momento y lo sigo, lo mismo si es sonoro.
- A todos los bebés nos interesan más las cosas pintadas en colores primarios brillantes (rojo, azul, amarillo y verde) que en pasteles (rosa y celeste). También nos agradan más las líneas curvas (como las líneas de la cara humana) que las rectas. Pueden colocar una imagen, o mejor, una foto de mis papás, y sirve esté entre 20 y 30 cm. de mis ojitos.
- Cuando me levanten en brazos, háganlo alternando derecha e izquierda, así puedo movilizar la cabeza hacia ambos lados.
- Me está gustando diferenciar día de noche, por eso es agradable estar en penumbras durante la noche y a la luz durante el día. Me estoy acostumbrando a los ruidos y movimientos de mi casita.

SEGUIMIENTO

Los prematuros, en especial los de muy bajo peso al nacer, luego de tanto esfuerzo por parte de ellos mismos, de sus familias y de sus cuidadores, merecen entrar en

un programa multidisciplinario de seguimiento especializado que asegure su adecuada evolución en el corto y el largo plazo.

El Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” tiene un programa de este tipo desde hace 5 años, por lo que al alta se le dará la orientación necesaria y personalizada de acuerdo a las necesidades y diagnósticos de su bebé.

¿CUÁNDO ACUDIR AL MÉDICO?

Los padres de niños prematuros pueden sentir más ansiedad que otros padres respecto a lo que es normal y lo que es una urgencia para su hijo. Es importante distinguir lo que es normal y anormal y saber cuándo se debe llamar al médico.

Al principio es aconsejable comentar con el médico todos los problemas que se presentan. Con el tiempo irá conociendo los signos del niño y sabrá cuándo hay un problema real.

Alguno de los síntomas más frecuentes que muestran que el niño está enfermo son:

- Rechaza la comida o come poco.
- Lloro en exceso.
- Duerme más o menos de lo habitual o no puede dormir y está irritable.
- Tose a menudo.
- Vomita o regurgita a menudo.
- Respira más rápido o con dificultad, con movimientos visibles del pecho.
- Tiene deposiciones frecuentes o líquidas.

Tome la temperatura del niño antes de llamar al médico si sospecha que está enfermo. Cuando el niño es muy pequeño, es posible que el médico desee que le llame al primer síntoma de enfermedad. A medida que vaya conociéndole mejor, ganará más confianza en su capacidad para identificar si los signos son peligrosos o no.

No debe preocuparse por los siguientes signos:

- Hipo, estornudo, bostezo.

- Regurgitaciones ocasionales-
- Esfuerzo al hacer las deposiciones (siempre que sean blandas).
- Temblor en la barbilla o los labios.
- Flatos.
- Temblores” de los brazos y las piernas cuando llora.
- Sobresalto ante los ruidos con una breve rigidez del cuerpo (llamado reflejo de Moro).
- Leve congestión de las fosas nasales en los climas secos.

ACUDA INMEDIATAMENTE A EMERGENCIA SI SU HIJO PREMATURO...

- Tiene fiebre superior a 37,8° C y una edad corregida inferior a seis meses.
- Tiene fiebre superior a 39° C sin una causa evidente de enfermedad.
- Tiene fiebre durante tres días consecutivos (aunque no parezca enfermo).
- Tiene temperatura menor de 36° C.
- Duerme mal durante dos noches consecutivas.
- Muestra signos de deshidratación (menor emisión de orina, hundimiento de los ojos, indiferencia, orina de color amarillo oscuro o marrón, sequedad de boca).
- Sufre una convulsión (actividad eléctrica anormal del cerebro que puede estar asociado a movimientos involuntarios de los músculos).
- Se produce una reducción drástica en el número de pañales mojados (alrededor de la mitad del número habitual).
- No hace una deposición durante más de tres días.
- Tiene la piel azulada o pálida.
- Aparecen manchas violáceas en la piel que tengan un aspecto similar a los hematomas.
- Tiene fiebre con inflamación de las articulaciones (o no mueve una o más extremidades).
- Llora inconsolablemente durante más de una hora.
- No es capaz de despertarse del sueño.

- Sufre un cambio en la respiración (aleteo nasal cuando respira, respira principalmente por la boca, tiene retracciones torácicas, tiene secreciones nasales o tose con frecuencia).
- Tiene un comportamiento poco usual que le preocupa.

¿CÓMO TOMAR LA TEMPERATURA?:

La temperatura en un niño prematuro puede tomarse en la axila y/o en el recto. Actualmente se está utilizando la temperatura en el oído, pero no se tiene suficiente experiencia en niños muy pequeños.

Para tomar la temperatura axilar:

Asegurarse de que el mercurio está por debajo de 35.5° C. Poner la zona de mercurio dentro de la axila, en contacto con la piel. Colocar el brazo del niño pegado al pecho, para que no se mueva el termómetro. Mantenerlo 3-4 minutos.

Para tomar la temperatura rectal:

Asegurarse de que el mercurio está por debajo de 35.5° C. Poner lubricante (por ejemplo, vaselina estéril) en la zona a introducir. Colocar al niño boca arriba con las piernas abiertas, como si se estuviera cambiando el pañal. Introducir en el ano sólo la parte del mercurio. Mantenerlo 2-3 minutos.

¿CUÁNDO DEBO CONSIDERAR QUE TIENE FIEBRE? SI LA TEMPERATURA AXILAR ES MAYOR DE 37.8° C o RECTAL MAYOR DE 38° C.

VARIABLES A TENER EN CUENTA PARA EL DESARROLLO DE LA SESIÓN:

Factores ambientales y de riesgo social.

Grupo familiar.

FUENTES:

- DOOLAN BOYLE, MAUREEN A. NICU (1999). Notebook: A Parent's Journal (versión en español: traducción del original). La autora es madre de hijos prematuros trillizos y ex Directora Ejecutiva de MOST (Mothers of Supertwins: Madres de Supergemelos).
<http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf>
- EGAN F, QUIROGA A, CHATTÁS G (2012). Cuidados para el neurodesarrollo. *Enfermería Neonatal, Año IV* (14), pp. 04-14.
<http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>
- GÓMEZ, MARÍA CELESTE (2015). Guía para padres de bebés nacidos prematuros. La internación. *Interdisciplinaria*, 32 (2), pp. 347-366.
<http://www.redalyc.org/pdf/180/18043528009.pdf>
- GUIA PARA PADRES DE PREMATUROS de la División de Neonatología del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” de Buenos Aires – Argentina (2008), que ha desarrollado el modelo denominado “Maternidades Centradas en la Familia”
<http://www.funlarquia.org.ar/content/download/461/2945/version/3/file/Guia+para+Padres+de+Prematuros.pdf>
- GUIA PARA PADRES del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario “Vall d’Hebron” de Barcelona – España (1ª edición, de junio 2011)
http://www.vhebron.net/documents/10165/10190667/GUIA_PADRES_NEONAT_DEF_CASTELLA.pdf

ADAPTACIÓN, SÍNTESIS Y ELABORACIÓN DE LA GUÍA: Propia.

PARTE 3: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN - VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL EN UCI NEONATAL (PSS: NICU)

La Escala de Estresores para Padres: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) fue elaborada y validada en Carolina del Norte, Estados Unidos por la Dra. Margaret Miles; y que ha sido aplicada en numerosos estudios enfocados en la identificación del estrés parental en UCIN.

Dicha evaluación trabaja con las definiciones conceptuales de las siguientes variables:

- Estrés: Respuesta sociopsicofisiológica del organismo ante los estresores ambientales, caracterizada por una sensación de ansiedad, alteración o tensión que experimentan los padres durante el internamiento de su hijo en la UCIN.
- Experiencia estresante: Aquella que causa sentimientos de ansiedad, alteración o tensión de los padres, durante el internamiento de su hijo en UCIN.
- Evento estresante: Aquel en el que las demandas del ambiente exceden los recursos adaptativos de un individuo.
- Factores interpersonales: Son los estresores del ambiente psicosocial de la UCIN, en cuanto a experiencias de los padres en las relaciones con el personal de la UCIN y con su hijo.
- Factores extrapersonales: Son los estresores del ambiente físico de la UCIN, que son fuentes potenciales de estrés, tales como los sonidos, aspecto de la unidad, la apariencia y conducta del neonato.
- Factores ambientales de la UCIN: Son elementos típicos que se dan hacia el interior de la unidad, tanto físicos como psicosociales; se pueden reconocer como factores inter y extrapersonales, y son fuentes potenciales de estrés (cuando producen estrés se llaman estresores).
- Estresores interpersonales: Son las fuerzas de interacción del ambiente externo de la UCIN, ocurren fuera de los límites de los padres en un rango proximal.

- Estresores extrapersonales: Son las fuerzas de interacción del ambiente externo de la UCIN que ocurren fuera de los límites de los padres en un rango distal.
- Estresores adicionales: un ítem con respuesta opcional, para indagar si los padres experimentaron otras causas de estrés que no se hayan contemplado.

Esta evaluación, tiene cinco bloques de preguntas, agrupados de la siguiente manera:

ESTRESORES EXTRAPERSONALES:

1. Aspectos visuales y sonoros: 5 preguntas.
2. Apariencia y comportamiento del bebé: 19 preguntas.

ESTRESORES INTERPERSONALES:

3. Comunicación con el personal: 11 preguntas.
4. Relación con el recién nacido y rol parental: 11 preguntas.

CONCLUSIÓN:

5. Pregunta de Cierre: Valoración global cuantitativa efectuada por el mismo entrevistado, realizada con la finalidad de correlacionar el puntaje obtenido con la valoración personal del entrevistado.

Finalmente, se ha planteado una pregunta abierta con el fin de retroalimentar en caso que se identifiquen nuevas fuentes de estrés no incluidas en la evaluación.

INSTRUMENTO: PSS - NICU

El Servicio de Neonatología está interesado en conocer los efectos de los sectores de internamiento y sobre el estado de ánimo y la experiencia de los padres de los recién nacidos.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es el lugar donde su bebé recibe cuidados.

A veces se habla poco tiempo en la Unidad, por eso quisiéramos conocer acerca de su experiencia de cómo el bebé es cuidado en la Unidad.

Le vamos a mencionar varias experiencias que han vivido otros padres. Queremos conocer si usted ha tenido esas mismas experiencias y cuan estresantes son.

Por estresante entendemos aquellas experiencias que generan ansiedad, angustia y tensión.

Le vamos a ir leyendo una serie de situaciones y usted contéstenos según la siguiente escala:

1 = “no ha sido estresante”.

2 = “un pequeño estrés”.

3 = “moderado estrés”.

4 = “mucho estrés”.

5 = “extremo estrés”.

0 = No lo experimenté.

PRIMER BLOQUE: A continuación, le voy a leer una lista con varios signos y sonidos que Ud. ha experimentado mientras estaba la Unidad. Nos interesa conocer cuáles son sus sentimientos sobre estos signos y sonidos. Le voy a pedir que me indique su nivel de estrés, es decir, cuán estresantes y molestos le resultaron esos signos y sonidos que usted vio o escuchó, en una escala del 1 al 5, en donde el 1 representa lo menos estresante y el 5 el más estresante.

Si no ha visto o escuchado nada en particular, significa que “no ha pasado por esa experiencia” y no tiene que decirme cuanto le molestaron.

Excluyente por fila. El valor 0 equivale a “No tuve esa experiencia”.

1. La presencia de monitores y equipos.						
2. El constante ruido de monitores y equipos.						
3. El repentino ruido de monitores y alarmas.						
4. Los otros bebes en la Unidad.						
5. La cantidad de gente trabajando en la Unidad.						

SEGUNDO BLOQUE: Ahora le voy a leer una lista de ítems que describe lo que Ud. observa o presta atención mientras está en la UCIN, cómo también algunos tratamientos que ha visto realizar a su bebé. No todos los bebés pasan por esta experiencia. Si su bebé no pasó por alguna de las experiencias que le voy a nombrar, hágame saber que “no pasó por esa experiencia”. Si, en cambio, ha tenido alguna de estas experiencias le voy a pedir que me diga en una escala del 1 al 5 cuán estresante o molesta le resultó cada una.

Excluyente por fila. El valor 0 equivale a “No tuve esa experiencia”.

1. Tubos y equipamientos que tiene el bebé o que estaban cerca de él.						
2. Magullones, moretones, manchas en la piel, cortes o incisiones en el bebé.						
3. El color diferente de su bebé por ej. pálido amarillento, etc.						
4. La forma no rítmica e irregular de respirar de su bebé						
5. Los cambios repentinos del color de su bebé (por ej. pálido o azulado)						
6. Ver a mi bebé dejar de respirar.						
7. El tamaño pequeño de su bebé.						
8. La apariencia arrugada de su bebé.						
9. La máquina (respirador) para respirar que tenía su bebé.						
10. Ver las agujas y tubos que tenía su bebé.						
11. Cuándo mi bebé come por vía intravenosa o sonda orogástrica.						
12. Cuándo mi bebé parece estar adolorido.						
13. Cuándo mi bebé llora por largos períodos.						
14. Cuándo mi bebé parece temeroso.						
15. Cuándo mi bebé parece triste.						
16. La apariencia de débil, flacucho de mi bebé.						
17. Los temblores y movimientos inquietos de mi bebé.						
18. Si mi bebé no parece capaz de llorar cómo los otros bebés.						
19. Acariciar, tocar el pecho de mi bebé dentro de la incubadora.						

TERCERA PARTE: Ahora nos gustaría saber si experimentó estrés relacionado con el comportamiento y comunicación con los médicos, las enfermeras, etc. Le voy a pedir nuevamente que me indique su nivel de estrés del 1 al 5, y si no pasó por esa experiencia, hágamelo saber. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y no serán comentadas o discutidas con ningún miembro del equipo médico o de enfermería.

Excluyente por fila. El valor 0 equivale a “No tuve esa experiencia”.

1. Los médicos, enfermeras le explican todo en forma rápida.						
2. Los médicos y enfermeras utilizan palabras que Ud. no entiende.						
3. Le hablan de diferentes cosas (conflictivas) acerca de la condición del bebé.						
4. No me hablan acerca de los estudios y tratamientos que realizan a mi bebé.						
5. No conversan conmigo suficientemente.						
6. La mayoría de las veces me hablan diferentes personas (médicos, enfermeras, etc.).						
7. Encuentro dificultades en recibir información o ayuda cuando estoy en la UCIN.						
8. No siento seguridad en que pueda hablar acerca de los cambios en la condición de mi bebé.						
9. He notado preocupados al personal (médicos, enfermeras, otros) acerca de mi bebé.						
10. El personal (médico-enfermeras) actúan como si no estuvieran interesados en el bebé.						
11. El personal actúa como si ellos no entendieran las conductas o necesidades especiales de mi bebé.						

CUARTA PARTE: Por último, queremos saber cómo siente la relación con su bebé. A continuación, le voy a leer algunas situaciones y le voy a pedir que, si las ha sentido o sufrido, me indique cuán estresantes han sido para usted en una escala del 1 al 5. Si no pasó por esa experiencia, hágame saber.

Excluyente por fila. El valor 0 equivale a “No tuve esa experiencia”.

1. Me siento separada/o de mi bebé						
2. No puedo alimentar a mi bebé						
3. No me siento capaz de cuidar a mi bebé (cambiarle los pañales, bañarlo, etc.).						
4. No me siento capaz de tener a mi bebé cuando yo quiero						
5. Algunas veces me olvido del aspecto físico de mi bebé.						
6. No me siento en privacidad con mi bebé.						
7. No me siento capaz de proteger a mi bebé del dolor y otros procedimientos dolorosos.						
8. Siento temor de tocar o sostener a mi bebé.						
9. No me siento capaz de compartir mi bebé con otros familiares.						
10. Me siento incapaz acerca de cómo ayudar a mi bebé durante este tiempo.						
11. Siento que el personal (enfermeras, médicos) están más cerca de mi bebé que yo						

PREGUNTA DE CIERRE: Usando la misma calificación que en las preguntas anteriores (1 2 3 4 5), ¿cómo calificaría en general cuán estresante ha sido para Ud. la experiencia en Terapia (UCIN)?

Excluyente.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

ADICIONAL:

¿Hay algún otro aspecto que fue estresante para USTED durante el tiempo en que su bebé estuvo en la Unidad (UCIN)?

Pregunta Abierta: Destinada a retroalimentación.

Fuente: Miles MS, Funk SG, Carlson J (1993). Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit. *Nursing Research* 42 (3), 148-152.

Adaptación: Díaz CN. Participación ocupacional y estrés en padres de recién nacidos internados en unidades neonatales (Tesis de grado). Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112310.pdf>

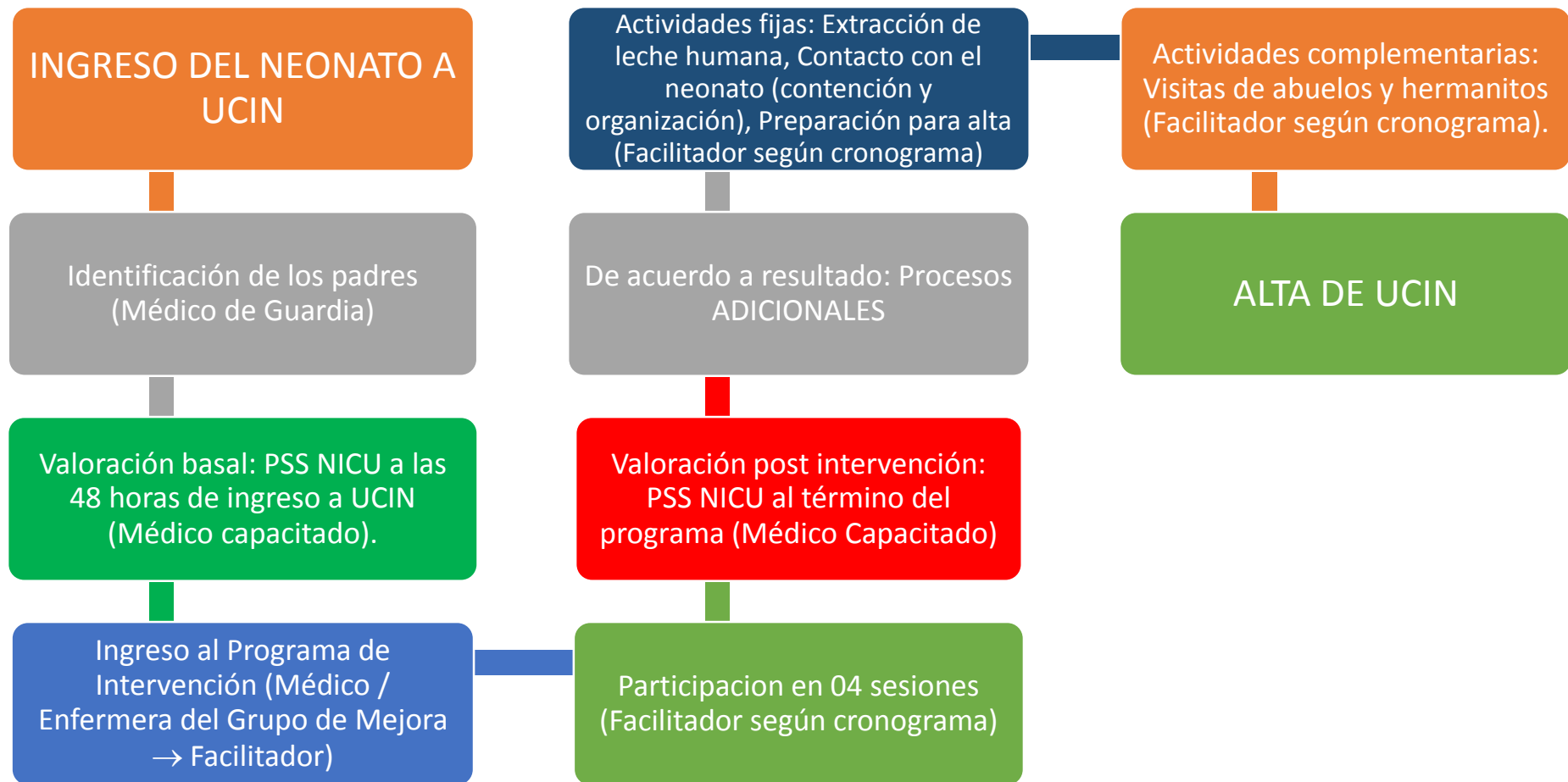


Gráfico 20: Flujograma de procesos para el desarrollo del producto 1 (Creación de un programa multidisciplinario enfocado en el control del estrés parental en UCIN

Fuente y Elaboración: Propia.

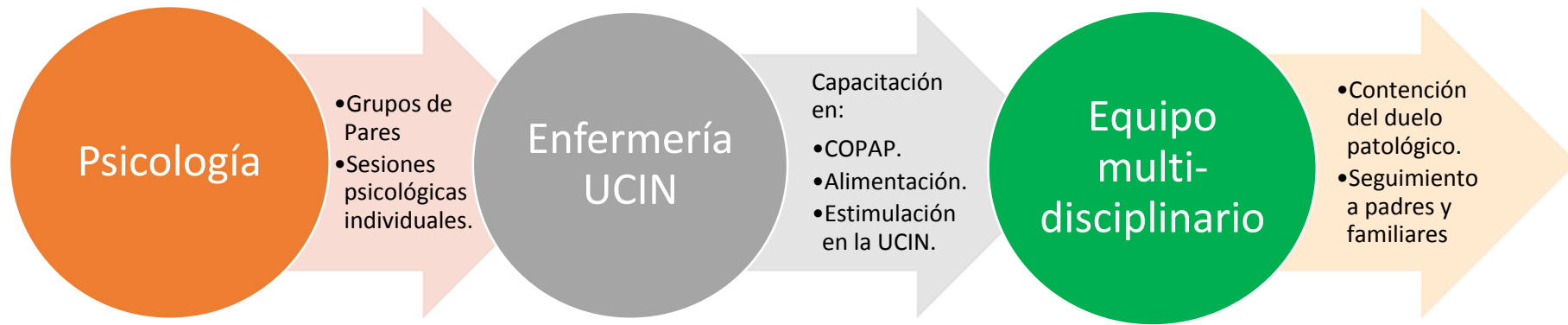


Gráfico 21: Procesos adicionales de acuerdo a necesidades identificadas con deseo expreso de los padres
Fuente y Elaboración: Propia.

Anexo B: Detalle Del Producto

“Desarrollo de un programa de implementación de Cuidados centrados en el paciente y la familia en UCIN dirigido al personal de salud, sostenible en el tiempo”.

PARTE 1: Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (PIMCCPF-UCIN):

Dividido en TRES FASES:

La primera, denominada *descongelamiento* se llevará a cabo realizando un pacto para el cambio, con los coordinadores de la unidad neonatal, seguida de conferencias que involucren a todos los profesionales de la unidad (dos meses).

La segunda fase, la *transición para lo nuevo*, estará constituida por el desarrollo de una **Guía de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal**, conteniendo la filosofía y directrices relativas a las acciones de: (a) la apertura de la unidad a los padres dentro de las 24 horas; (b) La inclusión de otros miembros de la familia (hermanos, abuelos y personas significativas para los padres); (c) la participación de los padres en la atención; (d) la oferta de compartir información; (e) la acogida de la familia en situaciones de pérdida y luto; (f) la mediación de conflictos entre los padres y el equipo; (g) la participación de los padres en la toma de decisiones relativas a la atención de neonato. Además de la formación para el equipo multidisciplinario dirigida al como acoger a la familia en una unidad neonatal teniendo en cuenta los supuestos de la filosofía del cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF) que plantea la atención individualizada con respeto y valorización de la perspectiva de la familia (tres meses).

La última fase, llamada de *re-congelamiento* se llevará a cabo en dos momentos: (1) la internalización de lo nuevo, cuando la guía de buenas prácticas con la familia se ponga en práctica, y (2) la evaluación del programa por aplicación de los instrumentos de medida, después de tres meses de su implementación.



Gráfico 22: Flujograma de procesos del Programa de Implementación del Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
Fuente y Elaboración: Propia.

Considerando que el modelo involucra en su primera fase (“descongelamiento”) el consenso pactado entre los involucrados en la atención neonatal con respecto a los elementos del **PIMCCPF** a ejecutar con el fin de garantizar su adherencia, se deberán analizar aspectos como las posibilidades institucionales reales inmediatas y la idiosincrasia del medio social en el que vamos a desarrollar el producto, en observancia a la “Teoría del cambio planificado” de **Lewin K (citado por Díaz Casanova M, 2000)**.

Así definiremos con precisión los elementos a ejecutar para la UCIN del HNRPP, lo que se considera dentro de la Actividad: **Validación y Retroalimentación (Proceso: Transición a lo nuevo)**.

Finalmente, creemos necesario definir aspectos conceptuales de la aplicación del Modelo de Cuidado Centrado en la Familia en el ámbito perinatal, como se viene desarrollando en otras Instituciones, como el Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” de Buenos Aires – Argentina desde el 2006 (integrando la atención neonatal dentro de un sistema integral denominado “Maternidades centradas en la familia”), con la finalidad de enfatizar la validez y sostenibilidad del Modelo citado.

EJE CONCEPTUAL	PRINCIPIOS	RESULTADO ESPERADO
1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.	<p>1. <i>Es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y su seguridad.</i></p> <p>2. <i>Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.</i></p> <p>3. <i>Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma.</i></p> <p>4. <i>Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.</i></p>	Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.
2. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.	<p>5. <i>No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.</i></p> <p>6. <i>Enfrenta la inequidad y la discriminación.</i></p> <p>7. <i>Admite publicidad en el marco de la ética.</i></p>	El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.	<p>8. <i>Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.</i></p> <p>9. <i>Es gratificante para todos los agentes de salud.</i></p> <p>10. <i>Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.</i></p>	La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.	<p>11. <i>Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.</i></p> <p>12. <i>Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.</i></p> <p>13. <i>Es costo-beneficiosa, replicable y segura.</i></p> <p>14. <i>Contribuye al cumplimiento de los ODM.</i></p> <p>15. <i>Sus resultados pueden ser cuantificados.</i></p>	El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño/a.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN.	<p>16. <i>Es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.</i></p>	La institución fortalece las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna, participa en el HAMN, y propone estrategias de promoción y asistencia conforme a su contexto sociocultural.

Gráfico 23: Ejes conceptuales, principios y resultados esperados del modelo MSCF.

Fuente: Larguía AM, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Bianculli P, Ortiz Z, Cuyul A y Esandi ME (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural: Conceptualización e implementación del modelo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), página 12; Disponible en: <http://www.funlarguia.org.ar/content/download/2278/15625/file/MSCF-Conceptualizaci%C3%B3n%20e%20implementaci%C3%B3n%20del%20modelo.pdf>

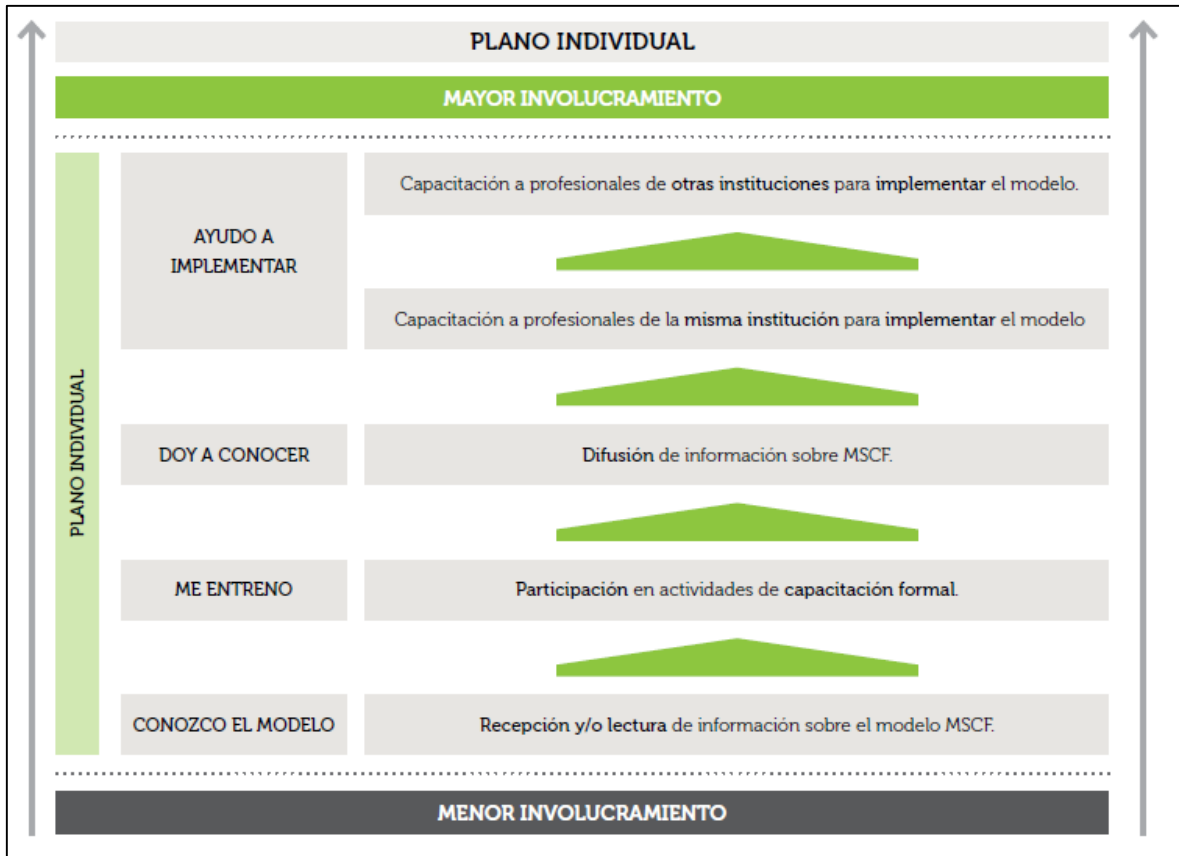


Gráfico 24: Acciones de involucramiento y transformación del modelo MSCF por parte de los profesionales. Fuente: Larguía AM, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Bianculli P, Ortiz Z, Cuyul A y Esandi ME (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural: Conceptualización e implementación del modelo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), página 127; Disponible en: <http://www.funlarguia.org.ar/content/download/2278/15625/file/MSCF-Conceptualizaci%C3%B3n%20e%20implementaci%C3%B3n%20del%20modelo.pdf>

PARTE 2: Documento Marco “Guías de Mejores Prácticas con la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)”:

La presente Guía está constituida por tres partes:

La primera parte define con precisión los procesos de cuidados de enfermería relacionados a neonatos críticos y su núcleo familiar, agrupándolos en diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA 2009-2011 (North American Nursing Diagnosis Association) en dos grupos específicos: Interrupción de los procesos familiares y Duelo complicado. Estos diagnósticos incluyen intervenciones específicas presentadas por objetivos con la finalidad de brindar una estructura validada basada en la revisión crítica de la evidencia clínica (adaptada de Amaya, Suárez & Villamizar, 2005) para la ejecución del modelo antes citado de forma precisa y objetiva.

La segunda parte es un manual de procedimientos que detalla aquellos no considerados dentro de los procesos de atención asistencial existentes con respecto a la interacción entre el neonato y sus padres durante el internamiento en la UCIN, exponiendo su necesidad y justificación de forma que el personal sanitario adopte su práctica y la promueva bajo el convencimiento que este cambio es beneficioso para el trinomio padres-neonato-personal de salud.

La tercera parte detalla los acuerdos de gestión específicos relacionados a la interacción del neonato con sus padres durante el internamiento en UCIN, que brinda las bases para el acta de Acuerdos para el Cambio.

PRIMERA PARTE DE LA GUÍA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

A.1 ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES, RELACIONADOS CON CRISIS SITUACIONAL, FALTA DE CONOCIMIENTO ANTE EL NACIMIENTO DE UN NEONATO PREMATURO Y/O ENFERMO E INTERCEPCIÓN DEL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA (NANDA: 00060 – INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES. DOMINIO 7: Rol/relaciones. CLASE 2: Relaciones Familiares).

A.1.1 OBJETIVO N° 1:

- Enfermera: Mantener a los padres informados del estado y progreso del neonato.
- Paciente (Familiar): Serán informados del progreso del neonato.

A.1.1.1 Intervenciones:

- Dar prioridad a la información para ayudar a los padres a comprender los aspectos más importantes de la atención y los signos de mejora o de deterioro de la situación del neonato.
 - La estrategia más disponible para la adaptación a un acontecimiento amenazante es el conocimiento. Es necesario, compartir con la familia la información concreta antes del nacimiento sobre el estado del feto (cuando existe la perspectiva de anomalía, enfermedad o muerte fetal) y después del nacimiento sobre los riesgos del neonato y los sistemas de apoyo y las habilidades disponibles para el manejo de los problemas. Ayudar a los padres a saber cómo preguntar por el estado de su hijo.
 - Responder a las preguntas y facilitar las manifestaciones de las preocupaciones relativas a la atención y el pronóstico.
- Animar a la madre y al padre a visitar o acudir a la UCIN con frecuencia. El contacto postnatal inmediato de la madre o padre con su hijo y el

subsecuente cuidado maternal/paternal facilita el fortalecimiento de vínculo afectivo (Nivel de Evidencia III - Recomendación Grado D).

- La imagen del recién nacido en un respirador con múltiples vías intravenosas si bien es perturbador ayuda a preparar a la familia, que tiene un marco conceptual para evaluar el ambiente y maneja la presencia de su hijo allí (Nivel de Evidencia III - Recomendación Grado B).
- Ser honesto, responder a las preguntas formuladas con respuestas correctas. Los padres necesitan una valoración real de la situación en forma honesta y directa (Nivel de Evidencia III - Recomendación Grado B).

A.1.1.2. Resultados esperados:

Los padres expresan sus sentimientos y preocupaciones relativas al neonato y su pronóstico, además demuestran entender la información recibida.

A.1.2 OBJETIVO N° 2:

- Enfermera: Facilita el proceso de vinculación afectiva paterno filial.
- Familia: Mostrará conductas de vinculación positiva.

A.1.2.1 Intervenciones:

- Iniciar las visitas de los padres lo antes posible.
- Animar a los padres a visitar a su hijo con frecuencia (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B).
 - Los padres que en forma temprana están en contacto con su bebé tienen más fácilmente comportamientos maternos, aprecian el uso de un lenguaje afectivo para su hijo, además que se involucran rápidamente en el cuidado del neonato.
- Tocar, mimar y acariciar al bebé (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B).
- Participar en forma activa en los cuidados del lactante (Nivel de Evidencia II Recomendación Grado B).

- Las madres primíparas que participaron en el cuidado de su neonato presentaron rápidamente comportamiento maternal que las que solo se limitaron a observarlos.
- Reforzar el comportamiento paterno al incluirlo en el cuidado del bebé, realzando las capacidades de éste (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B).
- Estar atento a los signos de tensión y estrés de los padres.
- Posibilitarles que permanezcan algún tiempo a solas con su hijo.
- Ayudarles a interpretar las respuestas del bebé, comentarles lo positivo.
 - La evidencia de los estudios sugiere que la demostración de la capacidad del recién nacido no es suficiente para promover mejor interacción entre la madre y el recién nacido y consecuentemente no promueve el vínculo afectivo. El involucrar a la madre en la valoración y el aprendizaje sobre como estimular las capacidades del recién nacido puede ser una intervención más prometedora (Nivel de Evidencia III - Recomendación Grado B).

A.1.2.2. Resultados esperados:

Los padres visitan el niño para después del parto y a intervalos frecuentes. Se relacionan positivamente en su hijo (por ejemplo: le llaman por su nombre, le miman y le tocan). Participan en los cuidados del lactante y demostrar una actitud conocida en sus relaciones con él. Aprenden a identificar los signos de estrés del bebé.

A.1.3 OBJETIVO N° 3:

- Enfermera: Facilitar el vínculo entre hermanos.
- Hermanos del Neonato: Mostrarán conductas de vinculación positiva.

A.1.3.1 Intervenciones:

- Animar a los hermanos a visitar al recién nacido, cuando sea factible.
- Explicar el entorno, los sucesos, el aspecto del bebé y las razones por las que no se puede irse a casa.

- Proporcionar fotografías del neonato u otros artículos a los hermanos cuando no pueden visitarlo.
- Animar a los hermanos a hacer fotografías, etc., para el recién nacido y colocarla en la incubadora o en la cuna, si es factible (Nivel de Evidencia I - Recomendación Grado D).

A.1.4 OBJETIVO N° 4

- Enfermera: Preparar el alta del neonato.
- Familia. Estar preparados para la atención del neonato en casa.

A.1.4.1 Intervenciones:

Usualmente el niño sale de la UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios, allí el grupo de enfermería debe realizar las siguientes intervenciones:

- Valorar la preparación de la familia, especialmente de la madre o del cuidador principal para atender al recién nacido (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado D)
 - Conocimiento sobre todos y cada uno de los problemas que tuvieron con su hijo durante las hospitalizaciones.
 - Establecimiento de una adecuada relación con el niño que le permita comprender su conducta y responder a sus necesidades. Habrán de sentirse seguros y deseosos de satisfacerlas.
 - Conocimiento adecuado de las nociones básicas de puericultura: alimentación, vestido, higiene, termorregulación, etc., así como el ambiente que necesita el niño para tener en salud, higiene del mismo, temperatura adecuada, higiene de utensilios y enseres del niño, lavado de manos, etc.
 - Deberán estar en condiciones de reconocer los signos de alarma: hipotermia, hipertermia, cianosis, palidez, diarrea, vómito, rechazo de alimentos, etc.
- Estimular la lactancia materna. La promoción de la lactancia materna permite que la misma se mantenga por un tiempo más prolongado, facilitando el vínculo afectivo madre-hijo (Nivel de Evidencia II, Recomendación Grado B).

- Enseñar las técnicas y observaciones necesarias. La educación de las madres sobre los cuidados que deben realizar en casa cuando el neonato sea dado de alta tiene resultados en perfeccionar algunas prácticas para que se realicen en forma más segura, aumenta la conciencia materna sobre el comportamiento del infante y la empatía maternal (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B).
- Reforzar la atención del seguimiento: Para tal efecto, durante la hospitalización se les debe entregar un folleto instructivo elaborado para este fin. Este folleto debe ser discutido con los padres previamente al alta, para evaluar el grado de comprensión del mismo. Se les informará a los padres sobre los sitios donde realizar el seguimiento. Este seguimiento debe incluir una evaluación cuidadosa del sistema nervioso, sistema visual, examen de audición, evaluación comparativa y evaluación conductual. Nivel de Evidencia III -Recomendación Grado B).
- Alentar a los padres para que carguen al bebé el mayor tiempo posible. Esta intervención promueve el contacto físico, y la alimentación del seno disminuye el llanto del bebé y facilita una interacción social positiva (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B).
- Entrenar a la madre sobre las técnicas de estimulación sensorial (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B). Estas instrucciones mejoran la sensibilidad materna y el conocimiento sobre el desarrollo del niño.
- Animar a la familia y facilitar la participación de algún grupo de padres, como apoyo. Padres de familia que han vivido situaciones similares con sus hijos son considerados un pilar en el soporte que los padres necesitan para responsabilizarse adecuadamente del cuidado de su hijo.
- Proporcionar un soporte para la familia de los neonatos pretérminos de muy bajo peso (Nivel de Evidencia II - Recomendación Grado B). Estas intervenciones en los padres y en sus hijos de muy bajo peso durante el primer año de vida han dado como resultado beneficios significativos en el menor y en los padres. Algunos beneficios de esta intervención son, además de promover el vínculo afectivo, disminuir el riesgo de retraso mental, fallas escolares y un comportamiento socioemocional sin disturbios.

A.1.4.2 Resultados esperados:

La familia demuestra su capacidad para atender el niño. Los miembros de la familia establecen como y cuando estarán en contacto con los servicios disponibles. La familia reconoce la importancia de la atención de seguimiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

A.2 DUELO *RELACIONADO CON EL PARTO INESPERADO DE UN NEONATO DE ALTO RIESGO, PRONÓSTICO GRAVE Y/O MUERTE.* (NANDA: 00135 – DUELO COMPLICADO. DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento).

A.2.1. OBJETIVO N° 1:

- Enfermera: Ayudar a que los padres asimilen la realidad de la muerte.
- Familia: Reconocerá la posibilidad de que el Neonato fallezca y mostrará un dolor sano.

A.2.1.1 Intervenciones:

- Proporcionar a la familia la oportunidad de cargar al neonato antes de que muera, y si es posible, de que éste presente cuando ello suceda. Además, se les debe escuchar para poder acompañarlos en su dolor (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado C).
- Apoyar la decisión de la familia de terminar con las medidas de mantenimiento artificial de la vida. Parecen mínimas las probabilidades de pronóstico satisfactorio después de lesiones cerebrales isquémicas o hipóxicas globales a falta de hipotermia protectora, si no hay recuperación luego de un PERÍODO de observación adecuado (Nivel de Evidencia III - Recomendación Grado B).
- Organizar o realizar el rito bautismal apropiado para el neonato (Recomendación Grado C).

- Dar a la familia la oportunidad de ver, tocar, cargar, acariciar, examinar y hablar al neonato en privado, una vez fallecido. Se posibilitará que los padres vean y toquen al bebé fallecido, en un ambiente adecuado, donde puedan expresar libremente su dolor, con ese objeto se intentará prescindir del uso de tranquilizantes (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado D)
- Proporcionar a la familia fotografías tomadas antes y después de la muerte del neonato para que dispongan de una referencia posterior real que ayude a elaborar el duelo. Hacer una fotografía del niño en brazos o tocado por un adulto, evitar los de tipo morgue (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado C).
- Proporcionar otros recuerdos tangibles de la muerte del lactante, por ejemplo: tarjeta con su nombre, brazalete de identificación, mechón de pelo, huella dactilar, manta (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado C).
- Facilitar la conexión con Servicio Social para ayudar al entierro y al funeral.

A.2.1.2 Resultado esperado:

La familia habla de la realidad de la muerte y adopta una actitud de aceptación.

A.2.2. OBJETIVO N° 2:

- Enfermera: Apoyar a la familia.
- Familia: Recibirá el apoyo adecuado.

A.2.2.1 Intervenciones:

- Estar disponible para la familia. Con una actitud integradora, es decir receptiva de los padres como seres humanos y con características propias. Intentar comprender y escuchar (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado D).
- Proporcionar apoyo religioso adecuado (por ejemplo: sacerdote).
- Hablar de la muerte con la familia.

- Permitir que los padres expresen su sentimiento y necesidades, así como la de su hijo y comentar las actitudes de quienes los rodean (escucharlos).
- Brindar información sobre la normalidad de sus reacciones y fenómenos de duelo, para ayudar a que acepten sus sentimientos y evitar así: culpa y hostilidades agobiantes.
- Inducir la comunicación en la pareja.
- Aconsejar a que se explique a los otros hijos lo sucedido, aclarando así el motivo de las reacciones de dolor que ven y ayudándolos a expresar lo que sienten.
- Advertir sobre posibles actitudes con parientes y amigos, tendientes a reducir la importancia o a negar el duelo, las que no se deben interpretar como falta de comprensión sino como erróneas tentativas de ayuda.
- Informar sobre el resultado de la necropsia (de haberse autorizado), ya que ayuda a desprenderse de culpas y refuerza la confianza en el equipo de salud, al confirmar el diagnóstico, (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado D).
- Hablar abierta y permanentemente con la familia de la organización del funeral. Se recomendará efectuar un funeral sencillo, que permita que parientes y amigos expresen su apoyo a la familia y que ponga de relieve la sensación de conclusión: esto permite los deudos comienzan a aceptar que la pérdida es real (Nivel de Evidencia IV - Recomendación Grado D).
- Mantener el contacto con la familia después de la muerte, para valorar su elaboración del dolor y su grado de aceptación (Nivel de Evidencia IV Recomendación Grado D).
 - Observar como la familia se va insertando en la vida cotidiana y social, en función de descubrir la apariencia de un duelo patológico.
 - Aconsejar sobre la oportunidad de futuras gestaciones, evitando así el nacimiento de niños de reemplazo, es decir, aquel en la familia que tomara el lugar del perdido (No recomendar un embarazo inmediato).
 - Conectar a la familia con grupos de apoyo para padres.

- Investigar sobre la utilización de psicofármacos de rutina y desaconsejarlos.
- Evitar que la supresión de la lactancia signifique una supresión de la femineidad.
- Si la madre solicita esterilización, o se niega totalmente a la posibilidad de un embarazo futuro, es necesario una cuidadosa evolución de los factores psicológicos intervinientes (Nivel de Evidencia IV -Recomendación Grado D).

A.2.2.2 Resultados esperados:

La familia llora la muerte del lactante de forma apropiada.

OBSERVACIÓN: El proceso de duelo patológico, una vez identificado, deberá ser manejado de forma conjunta por un equipo multidisciplinario (Psicología, Asistencia Social, Capellán). Las actividades a desarrollarse no son exclusivas del personal de Enfermería sino se verán complementadas de forma concordante por el resto del personal asistencial de la UCIN.

Fuente: Amaya de Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, María de Jesús; Villamizar Carvajal, Beatriz (2005). Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las Casas, páginas 79-86; Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0023.php>

SEGUNDA PARTE DE LA GUÍA:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES ADICIONALES A LOS EXISTENTES RELACIONADOS A LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA EN LA UCIN.

1. Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel madre/padre/hijo: COPAP

Los avances científicos y tecnológicos aplicados a la neonatología han permitido la recuperación de recién nacidos con peso de nacimiento menor a 1500 gramos, a los que se les denominan de Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN). Los mismos requieren asistencia médica de alta complejidad y períodos de internación prolongados, con la consiguiente separación de sus padres desde el momento inmediato al parto. Representan entre el 1.4% del total de RN vivos para el año 2016 pero contribuyen a la mitad de la mortalidad neonatal del Servicio de Neonatología.

El ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) resulta necesario para las condiciones de sobrevivencia de estos neonatos, pero al mismo tiempo crea situaciones poco favorables para su desarrollo neurológico y afectivo. Como ejemplo se pueden citar los diversos estímulos a los que resultan expuestos: lumínicos, sonoros, técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas, etc. A ello se le suma la separación física de sus padres y el limitado contacto afectivo que en estas condiciones pueden establecer con sus hijos prematuros, los cuales resultan base primordial para los vínculos que van estableciendo el proceso de humanización de cada sujeto.

Experiencias como el método “Canguro” citadas previamente, han demostrado ser alternativas seguras para la intervención en neonatos de muy bajo peso. El método consiste en contacto piel a piel entre la madre (o padre) y el niño el mayor tiempo posible, colocando a éste en posición vertical en su pecho, por debajo de su ropa, pero sin control postural. El neonato podrá ser alimentado en cualquier momento y el padre puede sostenerlo en dicha posición. Para dormir, el adulto debe hacerlo en posición semisentada. Dicha técnica ya se emplea en el Servicio para neonatos mayores a los 1700 gramos de peso.

El procedimiento denominado “Salida Precoz y Transitoria de Incubadora para Contacto Piel a Piel Madre/Hijo Prematuro (COPAP)” se desprende del método Canguro, y presenta tres objetivos específicos:

- a) Reducir el estrés en los padres y en el neonato.
- b) Estimular la auto-regulación del RN.
- c) Favorecer la organización emocional materna y familiar.

El COPAP permite la humanización de la UCIN, favoreciendo el acercamiento padres-hijo, dándoles a los primeros la posibilidad de un rol más próximo y directo en el cuidado de su hijo, una vez que éste haya superado los problemas de adaptación a la vida extrauterina, siempre bajo supervisión y cuidados del equipo de salud.

La alimentación del niño se rige por las normas generales del Servicio que propicia la alimentación enteral precoz y progresiva con leche de su propia madre, por sonda o declive hasta que se inicia la succión, cuando comienza la puesta al pecho a libre demanda.

El alta de los niños no es precoz, sino que también sigue las normas generales del Servicio que evalúa las condiciones adecuadas del recién nacido y la situación socioeconómica y emocional de sus padres.

El Contacto piel a piel (COPAP) sobre el tórax materno o paterno permite que el recién nacido prematuros experimente estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos, el ritmo cardíaco, el sonido del flujo de los grandes vasos y las caricias maternas mientras es sostenido, estimula la autorregulación necesaria para la supervivencia de estos niños.

Intervención:

Se colocará al RN en posición simétrica y en flexión sobre el tórax de su madre en contacto directo con su piel, sostenido con el antebrazo de la madre/padre, durante una hora como mínimo, vestido sólo con pañal y gorro de algodón. Previo, durante y posteriormente se registrará Temperatura

axilar, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y Saturación de Oxígeno.

Si durante el contacto piel a piel el neonato presentara alteración de los parámetros fisiológicos (Frecuencia cardíaca >180 x' y/o Saturación de Oxígeno menor a 85 %), se suspenderá la intervención hasta el día siguiente.

Preferentemente la duración de cada sesión deberá ser de una hora, para darle al recién nacido tiempo de estabilizar sus parámetros fisiológicos.

La transferencia de incubadora a los brazos de la madre/padre y viceversa se debe realizar en forma suave sosteniendo al niño en flexión. Si el recién nacido no requiere oxígeno suplementario y no es la primera vez, la madre puede realizar esta transferencia sola.

Es importante brindar confort a los padres. La intervención se realizará en sillas cómodas, en un horario donde la Unidad haya cumplido con la mayoría de interconsultas y exámenes complementarios respetando así la privacidad de la madre.

El COPAP no debe imponerse como una norma estricta, con día y horarios fijos, debe contemplar las necesidades y el deseo de la madre para lograr que ella se relacione con su hijo en forma satisfactoria. Puede realizarse diariamente y varias veces al día siempre que las condiciones clínicas del recién nacido lo permitan y no se presenten procedimientos de emergencia.

Resultados Esperados:

El Contacto piel a piel es una intervención temprana, segura, simple, sin costos ni efectos adversos, que brinda beneficios a los padres, al recién nacido y a la atención en general.

Facilita la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del recién nacido.

Fortalece el vínculo madre/padre/hijo brindando mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos en el hogar.

La interacción temprana tiene beneficios adicionales para la madre. Los mecanismos neuroendocrinos determinan una interacción social positiva madre-hijo. Durante el contacto piel a piel la succión de la areola mamaria estimula la secreción de oxitocina y la producción de leche materna. La oxitocina produce cambios fisiológicos: retracción uterina, y psicológicos: disminución del stress e inicio de los sentimientos maternales. Las madres presentan menos depresión posparto, sonríen más a sus hijos, los abrazan, acarician y consuelan más. Esto permite establecer las bases afectivas del vínculo madre/hijo conocido como apego. Estimula la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna, aumenta la secreción de prolactina mejorando la producción de leche materna y ampliando el espectro de Ig A secretoria en la misma.

A través del conocimiento y trabajo conjunto, médicos, enfermeras y padres logran una atención individualizada de cada recién nacido y la humanización de la atención en la UCIN.

Se postulan dos mecanismos de acción para COPAP: El primero es facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del recién nacido. El segundo se refiere al impacto que produce en la relación madre – hijo, aspecto olvidado por otras intervenciones.

Para la implementación del programa COPAP se debe tener en cuenta:

- Normativas de la UCIN: Ingreso irrestricto de los padres. La incorporación del concepto de Atención Centrada en el paciente y la Familia con ingreso irrestricto de los padres a la UCIN y la Residencia Hospitalaria para madres, son normativas esenciales para la aplicación de COPAP. El ingreso de los padres limitado a horarios fijos, preestablecidos generalmente para la alimentación del recién nacido, es reconocido como un factor de interferencia para la aplicación del programa.

- Decisión de los padres: Informar a los padres sobre los beneficios del programa tan pronto como sea posible después que sus hijos hayan sido admitidos en la UCIN. Brindarle a los padres información sobre COPAP les ayuda a entender que son capaces de contribuir en el cuidado individualizado de sus hijos, y les permite cumplir su rol de cuidadores primarios.
- Respetar la decisión de la madre sobre cuándo y cuánto tiempo desea realizar COPAP.
- Estado clínico del Recién Nacido: Ingresarán los recién nacidos mayores de tres días de vida, con temperatura (T°), Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR) y Saturación de oxígeno (Sat O₂) estables, sin requerimientos de O₂ o con suplemento por cánula binasal. Aquellos que requieren ventilación mecánica convencional, deberán tener los siguientes parámetros: Presión media en la vía aérea menor de 6 y Fracción inspirada de O₂ (FiO₂) menor a 30%. También podrán acceder a COPAP los neonatos con presión positiva continua en la vía aérea nasal (nCPAP), con una FiO₂ menor a 0.3.

Los criterios de ingreso serán evaluados durante el pase de la visita médica matutina, y en forma conjunta médicos y enfermeras decidirán si el recién nacido se encuentra en condiciones de realizar COPAP.

Cada turno de enfermería contará con una enfermera responsable del programa. Los horarios se determinarán según la actividad de la UCIN del día, planificando de forma conjunta con los padres cuando comenzar y el tiempo de duración del contacto piel a piel, lo que se acordará durante el informe médico del día. El equipo de salud (enfermeros, médicos, residentes, técnicos, etc.) deberá estar al tanto de dichos horarios, a fin de no superponer prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector durante las mismas, siempre que las condiciones de salud de otros neonatos no lo exijan.

Las condiciones clínicas del recién nacido, el deseo y seguridad de los padres son las únicas limitantes primarias en la duración del COPAP.

2. Visita programada de hermanos

La inclusión programada y asistida de los hermanos en la UCIN, tiene como principal objetivo la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido internado y su familia.

La experiencia recogida en las últimas décadas ha demostrado que, a la inquietud por el estado de salud del hijo y el stress vivido por la pareja parental dentro de una UCIN, se suma la angustia por la separación con el resto de los hijos.

La madre resulta la figura más exigida en este aspecto. Su presencia y participación es entendida como fundamental para la recuperación y evolución del neonato, implicando ello largas permanencias en la UCIN que la obligan a tomar distancia del resto de los hijos y la organización familiar.

Los padres enfrentan múltiples demandas que a menudo los hacen sentir sobrepasados en sus posibilidades. Es a partir de las descripciones reiteradas de estas anécdotas y teniendo en cuenta las consultas hechas al equipo de salud por las conductas y síntomas que ellos detectan en los hermanos mientras dura el período de hospitalización, que se diseñó la Visita Programada para Hermanos de neonatos internados, como una estrategia de acompañamiento a las familias que atraviesan esta situación de crisis, dentro del marco conceptual del modelo de Cuidados Centradas en el paciente y la familia en UCIN.

El objetivo específico final es organizar e implementar el ingreso sistematizado de Hermanos de los neonatos internados a la UCIN. La institución deberá fijar frecuencia, horarios y lugar de realización de las actividades grupales previas al ingreso de los familiares a las Unidades de Cuidados especiales.

La frecuencia mínima aconsejada es de una vez por semana y los horarios deben determinarse de acuerdo con la mayor disposición de recursos requeridos para las actividades (incluyendo la programación del encargado de supervisar cada una de las visitas) y las necesidades y posibilidades de las familias (Ver **Dinámica de la visita de hermanos**).

Los días y horarios de encuentro deben ser promocionados por el equipo de salud en los primeros contactos con los padres y deben figurar además en carteles fuera del Servicio.

Organización de los grupos:

Se intentará agrupar por edades próximas:

- Niños en edad preescolar.
- Niños en edad escolar.
- Adolescentes.
- Jóvenes.

Compartirán la presentación y las explicaciones sobre características y función del sector. Pueden dividirse en sub-grupos con diferentes asistentes a cargo, quienes seleccionarán las técnicas y estrategias más adecuadas.

Los padres no participan del encuentro grupal, salvo en el caso de los niños más pequeños o aquellos que manifiesten temor a separarse.

Cuando los familiares soliciten información sobre evolución y pronóstico del neonato, los médicos tratantes deben notificar a los padres sobre el pedido y efectuar cualquier comunicación que fuere pertinente en presencia de ambos progenitores o al menos uno de ellos, aun cuando los mismos sean menores de edad.

Tabla 21

Dinámica de la visita de hermanos.

<p>PRIMERA ETAPA: Reunión grupal previa a la visita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de los hermanos, presentación de cada uno y ubicación del lazo familiar con el paciente RN internado. • Reagrupamiento por edades. • Promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias entre los hermanos presentes acerca de la situación de internamiento de un neonato (Dinámica grupal). • Presentación de las características de la UCIN (requiere indagar cuál es la información con la que los hermanos cuentan sobre el motivo de internamiento del neonato). • Presentación de las características básicas de los neonatos que requieren internamiento en la UCIN (a través de dramatización con muñecos). • Referencias básicas a la utilización de tecnología en el cuidado neonatales a través de técnicas lúdicas: muñecos con halo en la incubadora, con cánula binasal, abrir y cerrar las puertas de la incubadora, tocar las sondas, etc. • Comunicación de las reglas de asepsia que permiten el ingreso a la UCIN: doble lavado de manos y uso de batas limpias. Para ello se presentan durante la explicación y se los introduce en la actividad: tocar y oler el jabón antiséptico, favorecer sus asociaciones (¿A qué se parece? ¿Para qué puede servir?) Es fundamental que los niños entren en contacto con el mismo antes del primer lavado y aclarar dudas o temores. • Conocimiento de la existencia de hermanos del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y /o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas. La información debe ser provista y corroborada con los padres. En caso de que se detecte algún miembro del grupo con estas particularidades, se informará al médico de guardia quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la UCIN. • En caso que los familiares evidencien necesidad de acompañamiento específico, tanto para ellos como para los padres del neonato, por parte de profesionales de Psicología, se les indicará que al término de la reunión puede programarse una entrevista o derivación a dicho Servicio. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.
<p>SEGUNDA ETAPA: Ingreso a la UCIN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la reunión grupal, el encargado deberá comprobar que la UCIN se encuentre en condiciones aptas para el ingreso consultando con los médicos y enfermeras del sector, si se hubieran presentado complicaciones asistenciales, se postergará el acceso hasta que el equipo de salud lo indique. • El ingreso debe realizarse en grupos pequeños de 2 a 3 hermanos por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector. Se los acompaña durante el lavado de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el neonato junto a sus padres. Se recomienda presentar en esa oportunidad a las/los enfermeros y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido. Es condición indispensable que esté presente alguno de los padres durante la visita, ningún hermano puede permanecer solo en el sector. • Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, indicarán a sus hijos cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el neonato (ej. Alimentación por declive, cambio de pañales).

	<ul style="list-style-type: none"> • Se fijará con antelación el tiempo de duración de las visitas, considerando la opinión de los padres y estado de salud del neonato. En particular, la primera vez será algo más breve en comparación a las subsiguientes. • El encargado de la actividad estará presente todo el tiempo que dure la visita. Prestará particular atención al modo de relación de los hermanos con los niños allí asistidos, entre ellos y sus padres, observarán la reacción frente a la tecnología y la interacción con el equipo de salud. Supervisarán que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras cunas, tocar áreas limpias o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. Alentarán a la comunicación con el neonato, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el neonato tuviera indicaciones de no ser estimulado. Deberán estar atentos a cualquier indicación de médicos o enfermeras que se produzca durante ese lapso. • Sobre el horario límite de la visita, el encargado de la visita invitará a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector.
<p>TERCERA ETAPA: Post visita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la sala de reuniones del cuarto piso (designada para tal fin), mientras cada familiar se quita las batas, el responsable de la actividad tienen posibilidad de hacer monitoreo de la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida sobre el neonato y cuál fue la participación en los cuidados. • De acuerdo a la edad de los hermanos, el procesamiento de los estímulos y la información recibida se plantea a través de juegos y técnicas gráficas. Se les pide que hagan un dibujo que puedan dejar como regalo para el hermano. Todas las producciones serán expuestas en un pizarrón o panel de corcho a la vista y al momento del alta, si lo desean los llevarán con ellos. En el caso de hermanos adolescentes o mayores, se reemplaza el dibujo por la invitación a escribir una carta o a conversar sobre las preguntas que les hubieran surgido luego del encuentro con el neonato. • Este tercer momento es muy importante y debe explicarse a los padres la relevancia del mismo. El reencuentro con los hermanos permite detectar cuadros de angustia o ansiedad al igual que otras consultas que requieran ser canalizados hacia el equipo de psicología. • No debe presionarse a ningún hermano a realizar la visita cuando éste diera señales, explícitas o indirectas, de su resistencia. Si esta situación se presenta, es conveniente invitar al niño a que permanezca en el lugar jugando o dibujando postergando la invitación para más tarde o para otro día. Es importante explicarles a los padres la necesidad de respetar los tiempos de los niños para que el encuentro no resulte forzado o angustiante.

Fuente: Larguía AM, Lomuto CC, González MA (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, páginas 52-53; Disponible en: <http://www.funlargaia.org.ar/content/download/260/1620/file/035-60%20Dos>

Resultados esperados:

- El ingreso programado de los hermanos a la UCIN donde se encuentra asistido el neonato ha demostrado una estrategia de intervención eficaz sobre la pareja de padres. La situación inicial de urgencia y confusión, con fuertes sentimientos de angustia que implican a todo el grupo familiar, permite ser procesada por dos vías privilegiadas como lo son: el juego y la palabra. La recepción de los niños y adolescentes en condiciones pautadas, con un modo de ingreso organizado y progresivo, permite un encuadre de seguridad y empatía para todos los que participan.
- Las experiencias recogidas indican que los niños eligen volver a las visitas durante el tiempo que dure la hospitalización, dando muestras de participar en el cuidado de su pequeño hermano y al mismo tiempo de sentirse alojados en la institución, que de algún modo se instala “como familiar” para ellos también. Un lugar donde son conocidos, reconocidos y esperados. Los niños que asisten con mayor regularidad, generalmente asumen un rol muy activo frente a los que llegan por primera vez, rol que es estimulado por los coordinadores. La recepción de información, tan novedosa como inusual, sobre tecnología, el peso de los bebés, sondas, etc. de parte de sus propios pares, invita a la identificación y a la participación en el proceso de cura del RN.
- Se ha observado que luego de las primeras visitas, los hermanos son capaces de ubicar espacial e imaginariamente al nuevo integrante y a su madre, resignificando de ese modo la ausencia registrada. Esta variación produce efectos en los padres y particularmente en la figura de la madre, con más horas de permanencia en la unidad, quienes manifiestan sentimientos de culpa y crisis de ansiedad por la separación del resto de los hijos.
- La presencia y acompañamiento de todo el grupo familiar primario contribuye a la curación de una herida narcisista en el ideal parental, que a menudo siente que no ha podido hacer lo suficiente por evitar el dolor y el sufrimiento del hijo RN. Los padres están allí “para cuidar” a un hermano que lo necesita y los hermanos ven y comprenden que esto sucede. De

este modo, dan testimonio acerca de cómo las funciones de cuidado y protección se extienden de las generaciones precedentes a las nuevas, tal como corresponde a la condición humana, cuyo “cachorro” es el más inmaduro de todas las especies, independientemente de sus semanas de gestación.

3. Visita programada de los Abuelos

La inclusión programada y asistida de abuelos y familiares a las UCIN, tiene como objetivo primero la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido internado y a su familia.

Los neonatos prematuros o enfermos requieren de internaciones prolongadas desde el comienzo de la vida. Esta situación genera reacciones de temor y angustia por la sobrevivencia del niño que tienen implicancias para toda la familia.

La figura de los abuelos ha sido elegida como la más representativa dentro de la constelación familiar, dada la importancia reconocida que presentan en nuestra cultura. La presencia de las generaciones anteriores es la base en la transmisión de valores y conductas en el cuidado de los hijos, así como referencia de identificaciones para el desarrollo de las funciones materna y paterna.

Es necesario el lazo entre al menos tres generaciones para que tenga lugar el proceso de identificación que ubica la constitución del sujeto, concepto utilizado para definir en modo más amplio y enriquecedor al organismo viviente, que incluye la vía del deseo y al mismo tiempo su capacidad de lenguaje y de simbolización.

Diferentes observaciones han demostrado la importancia que tiene para los padres de niños internados desde el nacimiento, el contacto con los abuelos, de modo que la palabra y la presencia de los mismos confirme ante ellos y el resto de su comunidad sus funciones de padres, aun en los casos en que la experiencia difiera de las expectativas iniciales.

Los abuelos, por su parte, son quienes transmiten al resto de los familiares las variaciones en la evolución de cada niño y al compartir el escenario donde deben permanecer por períodos prolongados, tanto el RN como sus padres y conocer muchas de sus dificultades, colaboran en la organización de la dinámica familiar, que debe garantizarse a pesar de la ausencia de los recientes padres.

El objetivo específico final es organizar e implementar el ingreso sistematizado de Abuelos y/o familiares representativos de los neonatos internados a la UCIN. La institución deberá fijar frecuencia, horarios y lugar de realización de las actividades grupales previas al ingreso de los familiares a las Unidades de Cuidados especiales. La frecuencia mínima aconsejada es de una vez por semana y los horarios deben determinarse de acuerdo con la mayor disposición de recursos requeridos para las actividades (incluyendo la programación del encargado de supervisar cada una de las visitas) y las necesidades y posibilidades de las familias (Ver **Dinámica de la visita de los abuelos**).

Los días y horarios de encuentro deben ser promocionados por el equipo de salud en los primeros contactos con los padres y deben figurar además en carteles fuera del Servicio.

Tabla 22

Dinámica de la visita de los abuelos.

<p>PRIMERA ETAPA: Reunión grupal previa a la visita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir a los familiares y ubicarlos según el lazo familiar con el neonato internado. - Explicar las características de la UCIN. - Comunicar normas vigentes como ingreso irrestricto para los padres del neonato y la existencia y de la Residencia Hogar para Madres. - Presentar las características básicas de los neonatos que requieren internamiento en dicho sector. - Explicar de forma sencilla y básica la utilización de Tecnología en el cuidado del neonato en UCIN. - Indagar cuál es la información que los padres les han provisto sobre el motivo de internamiento del neonato. - Promover el intercambio de conocimientos y de experiencias entre los familiares acerca de la situación de internación de un neonato (Dinámica grupal). - En caso de que los familiares evidencien necesidad de acompañamiento específico, tanto para ellos como para los padres del neonato, por parte de profesionales de psicología, se les indicará que al término de la reunión puede programarse una entrevista o derivación a dicho Servicio. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar las reglas que permiten el ingreso a la UCIN: lavado de manos y uso de batas limpias. - Controlar si existen personas del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y /o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas. En caso de que se detecten alguno de estos casos se informará al médico de guardia quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la UCIN. - Durante la reunión grupal, el encargado de la actividad deberá comprobar que la UCIN se encuentre en condiciones para el ingreso de los familiares consultando con los médicos y enfermeras del sector.
<p>SEGUNDA ETAPA: Ingreso a la UCIN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El ingreso debe realizarse en grupos pequeños de 3 o 4 familiares por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector. Se los acompaña durante el primer y segundo lavado de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN. Se recomienda presentar en esa oportunidad a las/los enfermeros y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido. - Es condición que esté presente alguno de los padres durante la visita. Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, señalarán a sus familiares cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el neonato (Ej. Alimentación por declive). - Cada institución fijará el tiempo de duración de las visitas. El encargado de la actividad estará presentes en la UCIN todo el tiempo que dure la visita. Prestarán particular atención al modo de relación de los familiares con los niños allí asistidos, la reacción frente a la tecnología y la interacción con el equipo de salud. Supervisarán que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna de su neonato, sin desplazarse hacia otras plazas o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. Alentarán la comunicación con el neonato dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el neonato tuviera indicaciones de no ser estimulado. Deberá estar atento a cualquier indicación de médicos o enfermeras que se produzca durante ese lapso. - Sobre el horario límite de la visita, el encargado de la actividad invitará a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector.
<p>TERCERA ETAPA: Post visita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita la bata, el encargado de la actividad tienen posibilidad de hacer monitoreo de la visita: comparar en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, si se acompaña la evolución de parte del neonato, cuál ha sido la participación en los cuidados, consultas de orientación sobre la familia, así como cuadros de angustia o ansiedad que deben ser canalizados hacia el equipo de salud mental.

Fuente: Larguía AM, Lomuto CC, González MA (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, páginas 55; Disponible en: <http://www.funlanguia.org.ar/content/download/260/1620/file/035-60%20Dos>

La información médica se brinda sólo a los padres del paciente internado por razones legales y de derecho a la privacidad. En el caso en que los mismos soliciten información en presencia de sus familiares, se coordinará con los médicos tratantes día y hora de reunión de no ser posible durante el transcurso de la visita.

Los integrantes del equipo de salud incluidos en el Programa de Ingreso de Familiares no pueden brindar información médica a los mismos. En caso que detectaran dificultades en el proceso de información tendrán como función hacer de nexo entre los padres, los familiares y el equipo tratante.

Resultados esperados:

- La presencia de los abuelos y/o familiares durante el tiempo de internación de los neonatos en la UCIN favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia, a la que el niño pasará a integrarse una vez obtenida el alta médica.
- La participación de los abuelos o familiares ofrece a los padres que atraviesan situaciones de crisis por las complicaciones de vida de sus hijos, un modelo de soporte afectivo, según el cual el niño pasa a ser cuidado y esperado en familia. Facilita así un espacio mental y muchas veces físico al hijo, desplazando las preocupaciones por ese “desconocido” que aparece más ligado a la unidad de internación que a sus propios padres.
- Su presencia es traducida como una habilitación para la maternidad y la paternidad y contribuye a moderar las exigencias y ansiedades sobre los padres. Aún en los casos de difícil pronóstico, el intercambio y el sostén afectivo provisto por sus familiares directos, refuerza la capacidad de los padres de cuidar y acompañar a sus propios hijos.

- Las familias, sin embargo, no presentan una estructura uniforme. Es posible encontrar padres que no cuenten con la presencia física y el apoyo de sus progenitores. Ejemplo de ello son los abuelos que han fallecido o se encuentran gravemente enfermos, los que residen en el extranjero, etc. De igual modo es frecuente que sean familias ensambladas: nuevas parejas, padres de crianza y padres biológicos. En tales casos, los encargados de las visitas de familiares tendrán a su cargo entrevistas con los padres a fin de establecer cuáles son los familiares representativos que cumplan las funciones de sostén afectivo y familiar para ellos.

Fuente: Larguía AM, Lomuto CC, González MA (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, páginas 46-59; Disponible en: <http://www.funlarguia.org.ar/content/download/260/1620/file/035-60%20Dos>

TERCERA PARTE DE LA GUIA:

INTERACCIÓN DEL NEONATO CON SUS PADRES DURANTE EL INTERNAMIENTO EN UCIN – ESTRUCTURA DE ACUERDOS DE GESTIÓN

INTRODUCCIÓN

Para la atención sanitaria de neonatos enfermos y prematuros se crearon Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. En el diseño arquitectónico de los mismos, no se tuvo en cuenta a los padres y sus necesidades. Como consecuencia, la UCIN constituye una barrera a veces infranqueable para el ingreso de los que consideramos como verdaderos dueños de casa. Ofrecer horarios rígidos de visita y limitaciones al ingreso dista de ser la solución ideal al problema planteado. Si tomamos conciencia de la vital importancia de la participación activa de los padres en el cuidado de los hijos, especialmente en situaciones de compromiso vital grave e internamientos prolongadas, corresponde posibilitar el ingreso irrestricto de los padres.

Argumentar que esta acción pone en riesgo de infección u otros efectos deletéreos a los neonatos internados en las UCIN no solamente no es válido, sino que, por el contrario, esta complicación disminuye al ser la madre la protagonista principal de una atención individualizada colaborando con el equipo de salud. Este argumento en realidad encubre el temor a ser auditados y por ende cuestionados. Es fácil entender que resulta inaceptable (Ver más adelante, **Estudios Clínicos**).

Consideramos necesario promover la presencia de los padres en la UCIN el mayor tiempo posible, y en específico de la madre durante su estancia en el Servicio de Obstetricia, brindándole facilidades para su movilización (silla de ruedas) y considerando su estado de salud. Sin embargo, al alta, esta situación cambia completamente ya que, para estar junto a su hijo, debe utilizar medios de transporte y disponer de recursos materiales para el viaje de ida y vuelta a su hogar. Por ello, priorizando a aquellas que provienen de otras localidades, se ha habilitado una Residencia de Madres dentro del cuarto piso, con cuatro literas y un baño exclusivo junto con un lavadero, a fin de brindarles un espacio próximo a la UCIN (menos de 20 metros de distancia). De esta manera las madres de los RN internados pueden permanecer junto a sus hijos todo el tiempo que se lo propongan.

Debe entenderse que, por razones de organización y planta física de la Residencia de Madres, los padres no pueden ingresar a la misma por lo que cuentan con una sala de estar con 16 asientos a la entrada del Servicio de Neonatología.

Para garantizar el cambio necesario para la aplicación del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia durante el internamiento de los neonatos en la UCIN, quedaran institucionalizadas por acuerdo escrito y firmado por el personal asistencial de la UCIN del HNRPP, las siguientes actividades:

- El Servicio de Neonatología autorizará el ingreso irrestricto de los padres, es decir sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de UCIN.
- Los padres serán entrenados en las técnicas de lavado de manos al ingreso al servicio por las enfermeras encargadas de la UCIN en cada turno asistencial.

- El médico programado en UCIN informará a los padres de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza dentro de un horario previamente difundido e informado y en un ambiente específico e idóneo para tal fin. Deberán considerarse situaciones personales que limiten la presencia de los padres en dicho horario, de la misma forma los padres tendrán en cuenta la excepcional de diferir dicho informe ante la necesidad de atender procedimientos de emergencia).
- De forma programada, el personal de UCIN (enfermeras o técnicos de enfermería, según el caso) capacitará a los padres para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por sonda orogástrica por declive, el cambio de pañal o de posición. Más importante aún, se les estimulará para acariciar a sus hijos sin perjuicio para ellos y para la intervención.
- El personal de enfermería programado en el lactario tendrá como actividad adicional asignada la recepción de los padres que ingresan por primera vez acompañándolos hasta la UCIN y brindará la información de los derechos de ingreso irrestricto que les asisten y los cuidados que deben cumplir como el mencionado lavado de manos; todo ello dentro de su turno regular.
- Los padres tendrán a disposición las batas, gorros y barbijos necesarios, bajo responsabilidad de la Jefa de Enfermeras del Servicio y estarán dispuestos a la entrada del Servicio. La vigilante asignada a la entrada del Servicio reforzará las rutinas de ingreso y facilitará información para ubicar los cambiantes lugares de internamiento de los neonatos según su evolución.
- A su vez, todos los integrantes del equipo de salud tienen la obligación moral y ética que su profesión les impone de asistir de la mejor manera y en el marco de sus posibilidades a los neonatos entregados a su cuidado. La posibilidad de que las enfermedades se agraven o las personas mueran es inherente a la condición humana y sería una actitud omnipotente y soberbia no aceptarla.
- Los integrantes del equipo de salud también deben comprender que los procedimientos invasivos y dolorosos cuando bien indicados, son necesarios

para ejercer el derecho a vivir. Estos enunciados deben resultar suficientes para superar los cuestionamientos al ingreso irrestricto de los padres. Estos, al integrarse a una comunidad donde la condición común es la enfermedad o la prematuridad, rápidamente adecuan sus expectativas a la cambiante realidad de sus hijos.

A fin de dar soporte científico a las medidas que comprenden el contacto cercano entre padres y el neonato, incluso en estado crítico presentamos la información siguiente:

Estudios Clínicos

El contacto piel a piel es seguro y tiene múltiples beneficios: mejor regulación térmica sin aumentar el consumo de oxígeno, mejoría en la oxigenación, menos episodios de apneas, aumento de peso más rápido, alta hospitalaria más temprana, disminución de las infecciones del tracto respiratorio bajo a los 6 meses de edad, mayor madurez motora y mejor orientación y organización de estados neurológicos y de conciencia. Incluso se ha demostrado que el contacto piel a piel estimula la secreción de prolactina mejorando la producción de leche materna y amplía el espectro de Ig A secretoria en la misma, mejora la succión-deglución de los RN, y fortalece el vínculo madre/hijo brindando mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos en el hogar.

- Messme PR et al (May/Jun 1998). Effect of Kangaroo Care on sleep time for neonates, *Neonatal Intensive Care*, pp: 32-42.
- Buelttler D et al (1995). Effectiveness of individualized developmental care for low-risk preterm infants: Behavioral and electrophysiological evidence. *Pediatrics*, 96, pp: 923-32.
- Charpak N (Mar/May 2002). Vida piel a piel. *Saludarte*, Año 3 (5), pp: 30-33.

Una Revisión Cochrane sobre el tema, que incluye 3 trabajos clínicos, con un total de 1 362 recién nacidos (todos realizados en países en vías de desarrollo) muestra que el contacto piel a piel (en específico, el Método Canguro) se asoció a la reducción de los siguientes riesgos:

Tabla 23

Beneficios documentados del contacto piel a piel.

Riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza del 95%
<i>Infección nosocomial a las 41 semanas de edad gestacional corregida.</i>	<i>0.49</i>	<i>0.25-0.93</i>
<i>Enfermedad severa</i>	<i>0.30</i>	<i>0.14-0.67</i>
<i>Enfermedad respiratoria inferior a los 6 meses</i>	<i>0.37</i>	<i>0.15-0.87</i>
<i>Lactancia materna no exclusiva al alta</i>	<i>0.41</i>	<i>0.22-0.75</i>
<i>Disconformidad de la madre con el método de atención</i>	<i>0.41</i>	<i>0.22-0.75</i>

Fuente: Conde-Agudelo A, Díaz Rosello JL, Belizán JM (2000). Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Extraído de: Larguía AM, Lomuto CC, González MA (2006). Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, páginas 46 y 49; Disponible en: <http://www.funlarguia.org.ar/content/download/260/1620/file/035-60%20Dos>

PARTE 3: ACTA DE PACTO PARA EL CAMBIO

Por la presente, los abajo firmantes, tras revisar los datos presentados en las **Guías de Mejores Prácticas con la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)**, considerando los recursos actuales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, de forma VOLUNTARIA y CONSENSUADA decidimos optar por la aplicación del Modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia; para lo cual hacemos la siguiente declaración de principios:

- El Servicio de Neonatología autorizará el ingreso irrestricto de los padres, es decir sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de UCIN.
- Los padres serán entrenados en las técnicas de lavado de manos al ingreso al servicio por las enfermeras encargadas de la UCIN en cada turno asistencial.
- El médico programado en UCIN informará a los padres de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza dentro de un horario previamente difundido e informado y en un ambiente específico e idóneo para tal fin. Deberán considerarse situaciones personales que limiten la presencia de los padres en dicho horario, de la misma forma los padres tendrán en cuenta la excepcional de diferir dicho informe ante la necesidad de atender procedimientos de emergencia).
- De forma programada, el personal de UCIN (enfermeras o técnicos de enfermería, según el caso) capacitará a los padres para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por sonda orogástrica por declive, el cambio de pañal o de posición. Más

importante aún, se les estimulará para acariciar a sus hijos sin perjuicio para ellos y para la intervención.

- El personal de enfermería programado en el lactario tendrá como actividad adicional asignada la recepción de los padres que ingresan por primera vez acompañándolos hasta la UCIN y brindará la información de los derechos de ingreso irrestricto que les asisten y los cuidados que deben cumplir como el mencionado lavado de manos; todo ello dentro de su turno regular.
- Los padres tendrán a disposición las batas, gorros y barbijos necesarios, bajo responsabilidad de la Jefa de Enfermeras del Servicio y estarán dispuestos a la entrada del Servicio. La vigilante asignada a la entrada del Servicio reforzará las rutinas de ingreso y facilitará información para ubicar los cambiantes lugares de internamiento de los neonatos según su evolución.
- A su vez, todos los integrantes del equipo de salud tienen la obligación moral y ética que su profesión les impone de asistir de la mejor manera y en el marco de sus posibilidades a los neonatos entregados a su cuidado. La posibilidad de que las enfermedades se agraven o las personas mueran es inherente a la condición humana y sería una actitud omnipotente y soberbia no aceptarla.
- Los integrantes del equipo de salud también deben comprender que los procedimientos invasivos y dolorosos cuando bien indicados, son necesarios para ejercer el derecho a vivir. Estos enunciados deben resultar suficientes para superar los cuestionamientos al ingreso irrestricto de los padres. Estos, al integrarse a una comunidad donde la condición común es la enfermedad o la prematuridad, rápidamente adecuan sus expectativas a la cambiante realidad de sus hijos.

Es nuestro firme propósito formar un equipo multidisciplinario dentro de la UCIN, orientado y capacitado adecuadamente en la filosofía del cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF) para acoger a la familia de forma efectiva y sostenible, así como brindar una atención de salud de alta especialización, pero de forma individualizada, con respeto y valorización de la perspectiva de la familia.

JEFE DEL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA

JEFA DE ENFERMERAS
DEL SERV. NEONATOLOGÍA

REPRESENTANTE DE
TECNICOS DEL SERV.

CHECK LIST – INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A GUÍAS DE MEJORES PRÁCTICAS CON LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

INSTRUCCIONES: Se evaluará objetivamente si la intervención se desarrolla o no se desarrolla durante la visita inopinada a la UCIN. El resultado final se expresará en porcentajes de ítems cumplidos con respecto al total (100%), considerándose un coeficiente de 1 para el ítem cumplido, 0.5 para el cumplido parcialmente y 0 para el no cumplido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

A.1 ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES, RELACIONADOS CON CRISIS SITUACIONAL, FALTA DE CONOCIMIENTO ANTE EL NACIMIENTO DE UN NEONATO PREMATURO Y/O ENFERMO E INTERCEPCIÓN DEL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA (NANDA: 00060 – INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES. DOMINIO 7: Rol/relaciones. CLASE 2: Relaciones Familiares).

Verificación de intervenciones de enfermería in situ:

- Dar prioridad a la información para ayudar a los padres a comprender los aspectos más importantes de la atención y los signos de mejora o de deterioro de la situación del neonato. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Animar a la madre y al padre a visitar o acudir a la UCIN con frecuencia. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Promover que los padres tomen contacto directo con su recién nacido: Tocar, mimar y acariciar al bebé. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Reforzar el comportamiento paterno al incluirlo en el cuidado del bebé, realzando las capacidades de éste. (SI) (PARCIAL) (NO).

- Prestar atención a los signos de tensión y estrés de los padres. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Posibilitarles que permanezcan algún tiempo a solas con su hijo. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Ayudarles a interpretar las respuestas del bebé, comentarles lo positivo. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Animar a los hermanos a visitar al recién nacido, cuando sea factible. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Explicar a los familiares autorizados el entorno, los sucesos, el aspecto del bebé y las razones por las que no se puede irse a casa. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Facilitar fotografías del neonato u otros artículos relacionados a los hermanos cuando no pueden visitarlo. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Animar a los hermanos a hacer fotografías, etc., para el recién nacido y colocarla en la incubadora o en la cuna, si es factible. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Valorar la preparación de la familia, especialmente de la madre o del cuidador principal para atender al recién nacido. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Estimular la lactancia materna y enseñar las técnicas y observaciones necesarias para tal fin. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Reforzar la atención del seguimiento mediante medios escritos e información objetiva. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Alentar a los padres para que carguen al bebé el mayor tiempo posible. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Entrenar a la madre sobre las técnicas de estimulación sensorial. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Proporcionar un soporte para la familia de los neonatos pretérminos de muy bajo peso (derivación para soporte especializado, de considerarse necesario). (SI) (PARCIAL) (NO).

A.2 DUELO RELACIONADO CON EL PARTO INESPERADO DE UN NEONATO DE ALTO RIESGO, PRONÓSTICO GRAVE Y/O MUERTE. (NANDA: 00135 – DUELO COMPLICADO. DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento).

Verificación de intervenciones de enfermería in situ:

- Proporcionar a la familia la oportunidad de cargar al neonato antes de que muera, y si es posible, de que éste presente cuando ello suceda. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Apoyar la decisión de la familia de brindar cuidados paliativos, en caso de evidencias de irrecuperabilidad del estado de salud del neonato. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Organizar o realizar el rito bautismal apropiado para el neonato según la fe profesada por los padres. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Dar a la familia la oportunidad de ver, tocar, cargar, acariciar, examinar y hablar al neonato en privado, una vez fallecido. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Proporcionar a la familia fotografías tomadas antes y después de la muerte del neonato para que dispongan de una referencia posterior real que ayude a elaborar el duelo, evitando los de tipo morgue. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Proporcionar otros recuerdos tangibles de la muerte del lactante, por ejemplo: tarjeta con su nombre, brazalete de identificación, mechón de pelo, huella dactilar, manta. (SI) (PARCIAL) (NO).
- Facilitar la conexión con Servicio Social para ayudar al entierro y al funeral. (SI) (PARCIAL) (NO).

CHECK LIST – PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES ADICIONALES A LOS EXISTENTES RELACIONADOS A LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA EN LA UCIN.

INSTRUCCIONES: Se evaluará objetivamente si la intervención se desarrolla o no se desarrolla durante la visita inopinada a la UCIN. El resultado final se expresará en porcentajes de ítems cumplidos con respecto al total (100%).

1. Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel madre/padre/hijo: COPAP

Verificación de intervenciones de enfermería in situ:

- Retirar de la incubadora al neonato para pasarlo a los brazos de la madre/padre y viceversa en forma suave sosteniendo al niño en flexión. (SI) (NO).
- Permitir realizar a la madre esta transferencia sola, si el recién nacido no requiere oxígeno suplementario y no es la primera vez. (SI) (NO).
- Colocar al neonato en posición simétrica y en flexión sobre el tórax de su madre en contacto directo con su piel, sostenido con el antebrazo de la madre/padre, durante una hora como mínimo, vestido sólo con pañal y gorro de algodón. (SI) (NO).
- Registrar previa, durante y posteriormente la Temperatura axilar, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y Saturación de Oxígeno. (SI) (NO).
- Suspender la intervención si durante el contacto piel a piel el neonato presenta alteración de los parámetros fisiológicos (Frecuencia cardíaca >180 x' y/o Saturación de Oxígeno menor a 85 %). (SI) (NO).
- Programar la intervención en un horario donde la Unidad haya cumplido con la mayoría de interconsultas y exámenes complementarios respetando así la privacidad de la madre. (SI) (NO).
- Respetar la decisión de la madre sobre cuándo y cuánto tiempo desea realizar COPAP. (SI) (NO).
-

2. Visita de hermanos:

Verificación de intervenciones del facilitador in situ:

- Realiza la recepción de los hermanos, presentación de cada uno y ubicación del lazo familiar con el paciente RN internado. (SI) (NO).
- Ejecuta el reagrupamiento por edades y promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias entre los hermanos presentes acerca de la situación de internamiento de un neonato (mediante dinámica grupal). (SI) (NO).
- Presenta las características de la UCIN (indaga cuál es la información con la que los hermanos cuentan sobre el motivo de internamiento del neonato). (SI) (NO).
- Presenta las características básicas de los neonatos que requieren internamiento en la UCIN (a través de dramatización con muñecos). (SI) (NO).
- Brinda referencias básicas a la utilización de tecnología en el cuidado neonatales a través de técnicas lúdicas: muñecos con halo en la incubadora, con cánula binasal, abrir y cerrar las puertas de la incubadora, tocar las sondas, etc. (SI) (NO).
- Comunica las reglas de asepsia que permiten el ingreso a la UCIN: doble lavado de manos y uso de batas limpias, realizando actividades como tocar y oler el jabón antiséptico, favorecer sus asociaciones (¿A qué se parece? ¿Para qué puede servir?). (SI) (NO).
- Identifica la existencia de hermanos del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y/o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas, usando información suministrada por los padres debe ser provista y corroborada con los padres, a fin de reprogramar su visita. (SI) (NO).
- Identifica la existencia de hermanos del grupo que presenten señales directas o indirectas de resistencia a realizar la visita, propone actividades alternativas: jugar o dibujar en la sala de reuniones postergando la invitación para más tarde o para otro día y explica a los padres la necesidad de respetar los tiempos de los niños para que el encuentro no resulte forzado o angustiante. (SI) (NO).

- Verifica las condiciones aptas en la UCIN para el ingreso consultando con los médicos y/o enfermeras programadas, si se hubieran presentado complicaciones asistenciales, se postergará el acceso hasta que el equipo de salud lo indique. (SI) (NO).
- Realiza el ingreso en grupos pequeños de 2 a 3 hermanos por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector. Se los acompaña durante el lavado de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el neonato junto a sus padres. (SI) (NO).
- Verifica la presencia de alguno de los padres durante la visita, ningún hermano puede permanecer solo en el sector. (SI) (NO).
- Monitoriza que los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, indicarán a sus hijos cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el neonato (ej. Alimentación por declive, cambio de pañales). (SI) (NO).
- Fija con antelación el tiempo de duración de las visitas, considerando la opinión de los padres y estado de salud del neonato. (SI) (NO).
- Está presente todo el tiempo que dure la visita, supervisando que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras cunas, tocar áreas limpias o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. (SI) (NO).
- Alienta la comunicación con el neonato, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el neonato tuviera indicaciones de no ser estimulado. (SI) (NO).
- Invita a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector al finalizar el horario límite de la visita. (SI) (NO).
- Monitoriza la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida sobre el neonato y cuál fue la participación en los cuidados. (SI) (NO).
- Supervisa el procesamiento de los estímulos y la información recibida se plantea a través de juegos y técnicas gráficas, de acuerdo a las edades de los

hermanos: Dibujos o cartas que puedan dejar como regalo para el hermano. (SI) (NO).

- Detecta cuadros de angustia o ansiedad al igual que otras consultas que requieran ser canalizados hacia el equipo de psicología. (SI) (NO).

3. **Visita de abuelos**

Verificación de intervenciones del facilitador in situ:

- Recibe y ubica a los familiares autorizados según el lazo familiar con el neonato internado. (SI) (NO).
- Explica las características de la UCIN. (SI) (NO).
- Comunica las normas vigentes como ingreso irrestricto para los padres del neonato y la existencia del lactario. (SI) (NO).
- Presenta las características básicas de los neonatos que requieren internamiento en dicho sector. (SI) (NO).
- Explica de forma sencilla y básica la utilización de Tecnología en el cuidado del neonato en UCIN. (SI) (NO).
- Indaga cuál es la información que los padres les han provisto sobre el motivo de internamiento del neonato. (SI) (NO).
- Promueve el intercambio de conocimientos y de experiencias entre los familiares acerca de la situación de internación de un neonato (Dinámica grupal). (SI) (NO).
- Comunica las reglas que permiten el ingreso a la UCIN: lavado de manos y uso de batas limpias. (SI) (NO).
- Controla si existen personas del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y/o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas, reprogramándose la visita a la UCIN. (SI) (NO).

- Verifica las condiciones aptas en la UCIN para el ingreso consultando con los médicos y/o enfermeras programadas, si se hubieran presentado complicaciones asistenciales, se postergará el acceso hasta que el equipo de salud lo indique. (SI) (NO).
- Realiza el ingreso en grupos pequeños de 3 a 4 familiares por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector. Se los acompaña durante el lavado de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el neonato junto a sus padres. (SI) (NO).
- Presenta a las/los enfermeros y médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido. (SI) (NO).
- Monitoriza que los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, indicarán a sus familiares cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el neonato (ej. Alimentación por declive, cambio de pañales). (SI) (NO).
- Fija con antelación el tiempo de duración de las visitas, considerando la opinión de los padres y estado de salud del neonato. (SI) (NO).
- Está presente todo el tiempo que dure la visita, supervisando que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras cunas, tocar áreas limpias o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. (SI) (NO).
- Alienta la comunicación con el neonato, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el neonato tuviera indicaciones de no ser estimulado. (SI) (NO).
- Invita a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector al finalizar el horario límite de la visita. (SI) (NO).
- Monitoriza la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida sobre el neonato y cuál fue la participación en los cuidados, consultas de orientación sobre la familia, así como cuadros de angustia o ansiedad que deben ser canalizados hacia el equipo de salud mental. (SI) (NO).

CHECK LIST - CUMPLIMIENTO DE ACTA DE PACTO PARA EL CAMBIO.

INSTRUCCIONES: Se verificará de forma inopinada, en programación aleatoria en cualquiera de los turnos (matutinos, vespertinos o nocturnos) la adherencia y cumplimiento de los acuerdos. Se no poderse verificar la acción de forma directa, se consultará a los padres presentes sobre la ejecución de los mismos durante ese día. El resultado final se expresará en porcentajes de ítems cumplidos con respecto al total (100%).

Ítems a evaluar:

- Ingreso irrestricto de los padres, es decir sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de UCIN. (SI) (NO).
- Entrenamiento a los padres en las técnicas de lavado de manos al ingreso al servicio por las enfermeras encargadas de la UCIN en cada turno asistencial. (SI) (NO).
- El médico programado en UCIN informa a los padres de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza dentro de un horario previamente difundido e informado y en un ambiente específico e idóneo para tal fin; y considerando situaciones personales que limiten la presencia de los padres en dicho horario (teniendo en cuenta la excepcionalidad de diferir dicho informe ante la necesidad de atender procedimientos de emergencia). (SI) (NO).
- El personal de UCIN (enfermeras o técnicos de enfermería, según el caso) capacitará a los padres para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por sonda orogástrica por declive, el cambio de pañal o de posición. (SI) (NO).
- El personal de UCIN estimula a los padres a acariciar a sus hijos sin perjuicio para ellos y para la intervención. (SI) (NO).

- El personal de enfermería programado en el lactario recibe a los padres que ingresan por primera vez acompañándolos hasta la UCIN y brinda la información de los derechos de ingreso irrestricto que les asisten y los cuidados que deben cumplir como el mencionado lavado de manos; todo ello dentro de su turno regular. (SI) (NO).
- Los padres disponen de batas, gorros y barbijos necesarios, estando visibles para su uso a la entrada del Servicio. (SI) (NO).
- La vigilante asignada a la entrada del Servicio refuerza las rutinas de ingreso y facilita información para ubicar los lugares de internamiento de los neonatos según su evolución. (SI) (NO).

Anexo C: Detalle Del Producto

**“Reducción de la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga
laboral en la UCIN”.**

FUNDAMENTACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE PLAZAS ASISTENCIALES

La programación asistencial en los Servicios de Neonatología de EsSalud está determinada de la siguiente forma:

Tabla 24

Programación Asistencial en Unidades Neonatales de EsSalud.

Hospital Nacional – III-1	Médico	Enfermera	Técnico de Enfermería
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Uno por cada 6 cupos durante las 24 horas del día	Una por cada 2 cupos durante las 24 horas del día	Una por cada 4 cupos durante las 24 horas del día
Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	Uno por cada 8 cupos durante las 24 horas del día	Uno por cada 5 cupos durante las 24 horas del día	Uno por cada 6 cupos durante las 24 horas del día

Fuente: Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014, Anexo 1 - Perfil y Cálculo del Personal Asistencial.

Elaboración: Propia.

A nivel del Servicio de Neonatología del HNRPP, el análisis de la brecha oferta-demanda mensual actualizada de médicos asistenciales es el siguiente:

Tabla 25

Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Médicos, con desagregado de actividades. Estimación Mensual

Resumen	CAP	CAS	Otros	Total Horas	Horas (Demanda)	Brecha (Horas)	Recursos humanos
N° Profesionales	8	0	0	1200	1,988	-788	-5
N° de Horas (*)	1200	0	0				

(*) 01 Jefe Servicio

Actividad	Prestaciones de Salud		Rendimiento hora por actividad	N° de camas y similares	Horas requeridas (mensuales)
	Promedio mensual	Promedio mensual			
	2015	2016			
Participación En Comités					48
Horas Sanitarias					24
Consulta Médica De Neonatología: ATENDIDOS	209	227	4		57
Visita Médica En Alojamiento Conjunto / Hospitalización: PACIENTES DIA	421	400	3.3	14	170
Jefatura de Servicio					75
Vacaciones					88
Reporte De Guardia (6 horas mensuales x médico) - Numeral VII.20 de la Directiva N° 028-GG-ESSALUD-2011	62	62			42
Atención Médica En UCI (Intensivos) Neonatología: PACIENTES DIA	115	131	1 x 6 camas	4	744
Atención Médica En UCIN (Intermedios) Neonatología: PACIENTES DIA	313	280	1 x 8 camas	10	744
TOTAL					1988

Fuente: Oficina de Estadística – Jefatura de Servicio de Neonatología HNRPP.
Elaboración: Propia.

Tabla 26

Brecha oferta-demanda actualizada al 2017 – Servicio de Neonatología – HNRPP – EsSalud: Enfermeras (os), con desagregado de actividades. Estimación anual.

Resumen	CAP	CAS	Otros	Total horas disponibles	Total horas requeridas	Brecha Anual Horas Hombre	Recursos humanos
N° Profesionales	25	5	0	54,000	59,040	-5,040	-3
N° de Horas	45,000	9,000	0				

Actividad	Rendimiento Hora	N° de Camas y similares	Horas Requeridas (Anuales)
Reporte de Enfermería	6 horas mensuales por profesional		1,980
Atención de Enfermería en Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	1 x 5 Pacientes	10	17,520
Atención de Enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	1 x 2 Pacientes	4	17,520
Atención de Enfermería En Alojamiento Conjunto	1 x 24 Recién Nacidos		8,760
Atención de Enfermería en Atención Inmediata del Recién Nacido	24 horas diarias		8,760
Vacaciones regulares			4,500
TOTAL			59,040

Fuente: Oficina de Estadística – Jefatura de Servicio de Neonatología HNRPP.

Elaboración: Propia.

ACTIVIDADES ADICIONALES AL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Para precisar las actividades asistenciales adicionales a implementarse con la puesta en marcha de esta propuesta de mejora, las hemos incluido en la siguiente tabla:

Tabla 27

Actividades adicionales al manual de organización y funciones del personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Médico especialista	Enfermera especialista
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la recepción inicial a los padres de neonatos internados, informándoles de forma completa del Modelo de cuidado centrado en el paciente y la familia en la UCIN y absolviendo sus dudas al respecto. • Realizar la valoración del estrés parental con el PSS: NICU a las 	<ul style="list-style-type: none"> • Complementar el informe médico de forma empática y objetiva ante requerimiento de padres y familiares autorizados. • Apoyar y brindar consejería durante la ejecución de las actividades fijas, complementarias y adicionales contempladas en el programa de

Médico especialista	Enfermera especialista
<p>48 horas de ingreso del neonato a UCIN y tras programa de intervención de control de estrés parental (previa capacitación específica).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información objetiva mediante acceso a links recomendados por el instructivo del programa de intervención de control de estrés parental. • Apoyar y brindar consejería durante la ejecución de las actividades fijas, complementarias y adicionales contempladas en el programa de intervención de control de estrés parental. • Evaluar el cumplimiento del plan de preparación previo al alta, de acuerdo al instructivo del programa de intervención de control de estrés parental. • Participar en las reuniones trimestrales programadas para difusión de resultados, discusión y retroalimentación de la ejecución y adherencia a las Guías de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal. • ESPECIFICOS PARA MIEMBROS DEL GRUPO DE MEJORA (según programación mensual): <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar la intervención a los padres tras recepción médica, con el fin de ingresarlos al Programa de intervención de control de estrés parental. ○ Ser facilitador de las sesiones del programa de intervención de control de estrés parental. ○ Brindar orientación y consejería a los padres sobre actividades fijas: Extracción de leche humana. Contacto con el neonato (contención y organización), Preparación para el alta. 	<p>intervención de control de estrés parental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el cumplimiento del plan de preparación previo al alta, de acuerdo al instructivo del programa de intervención de control de estrés parental. • Participar en las reuniones trimestrales programadas para difusión de resultados, discusión y retroalimentación de la ejecución y adherencia a las Guías de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal. • ESPECIFICOS PARA MIEMBROS DEL GRUPO DE MEJORA (según programación mensual): <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar la intervención a los padres tras recepción médica, con el fin de ingresarlos al Programa de intervención de control de estrés parental. ○ Ser facilitador de las sesiones del programa de intervención de control de estrés parental. ○ Brindar orientación y consejería a los padres sobre actividades fijas: Extracción de leche humana. Contacto con el neonato (contención y organización), Preparación para el alta. ○ Organizar y acompañar las actividades complementarias: Visitas de abuelos y hermanitos. ○ Orientación y consejería en procesos adicionales: COPAP, Alimentación, Estimulación en la UCIN. ○ Identificar a padres o familiares con estrés severo a fin de derivar a Servicio de Psicología y/o Equipo Multidisciplinario para

Médico especialista	Enfermera especialista
<ul style="list-style-type: none"> ○ Organizar y acompañar las actividades complementarias: Visitas de abuelos y hermanitos. ○ Identificar a padres o familiares con estrés severo a fin de derivar a Servicio de Psicología y/o Equipo Multidisciplinario para intervención individualizada y especializada. ○ Capacitar de forma programada al personal de la UCIN en el Modelo de cuidado centrado en el paciente y la familia en la UCIN y la aplicación de las Guías de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal. ○ Evaluar mensualmente mediante check list la adherencia a las Guías de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal. 	<p>intervención individualizada y especializada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Capacitar de forma programada al personal de la UCIN en el Modelo de cuidado centrado en el paciente y la familia en la UCIN y la aplicación de las Guías de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal. ○ Evaluar mensualmente mediante check list la adherencia a las Guías de mejores prácticas con la familia en la unidad neonatal.

Fuente y Elaboración: Propia.

Por ende, queda fundamentada la programación mínima de, al menos, dos plazas de médicos especialistas y tres de enfermeras especialistas para reducir la brecha oferta-demanda negativa y la sobrecarga laboral en la UCIN, debidamente sustentados por el Análisis, Evaluación y Propuesta de Mejora.

La brecha oferta-demanda detallada líneas arriba ya fue presentada a la Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red Asistencial Junín, a fin de que sea aprobada por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a nivel central y se destine la partida presupuestal necesaria para dicha incorporación, o en todo caso se habilite los respectivos contratos de servicios por terceros o habilitación de horas extras en cantidad suficiente para tal fin.

Anexo D: Matriz De Análisis Interno

Tabla 28

Instrumento para análisis interno.

	S. Estructural	S. Sicosocial	S. Gestión
<p>Nudo crítico I: Falta de abordaje sistemático del control del estrés parental en UCIN a fin de prevenir su desarrollo o evitar su progresión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): Seguimiento y cumplimiento estricto de la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014; que menciona, pero no detalla el manejo diferenciado con respecto a la integración de la familia en los cuidados del recién nacido, así como el método de soporte a brindar por el personal asistencial a fin de prevenir y contener el estrés parental. Tampoco se detalla en la NTS N° 106 - MINSa / DGSP - V.01 -Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Neonatal, que solo menciona “La atención neonatal en hospitalización debe ser oportuna, adecuada e integral para el manejo del neonato con complicaciones de acuerdo a la severidad del compromiso clínico, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad neonatal; promoviendo los cuidados centrados en la familia” (p. 16). Incluso revisando el repositorio de datos del MINSa, solo se enuncia el concepto dentro del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad, lo que demuestra una total carencia de normas nacional en el contexto del cuidado intensivo neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): No se encuentra sensibilizado en el modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia, ni capacitado en control de estrés parental. 	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No se contempla en Plan Operativo, el cual está enfocado totalmente a actividades recuperativas y de capacitación. Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): En proceso de capacitación para desarrollo de proyectos de mejora de la calidad por iniciativa institucional, con apoyo de las Jefaturas de Servicio, pero sin asignación específica de recursos.

	S. Estructural	S. Sicosocial	S. Gestión
Nudo crítico II: Falta de conocimiento del personal asistencial de la UCIN sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados, a fin de generar un cambio actitudinal y dirigir la atención de salud dentro de un enfoque de Cuidados centrados en el paciente y la familia.	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No han implementado acciones específicas para cumplir con el modelo de cuidado centrado en la familia. Incluso algunas normas institucionales (horario de visita, firma de consentimientos informados, etc.) dificultan la aplicación del modelo. De forma aislada, se implementó en 2010 una iniciativa para interconsultas a Psicología para manejo de padres con estrés emocional severo, pero que no contó con adherencia de los Médicos del Servicio ni disponibilidad de horarios en los Consultorios Externos de Psicología, por lo que no continuó. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): No se encuentra sensibilizado sobre el impacto emocional de los padres de neonatos hospitalizados. La sobrecarga laboral asociada al Síndrome de Burnout, produce desgaste emocional (depleción de recursos de soporte emocional o físico) y des-personalización (indiferencia, distanciamiento interpersonal, e insensibilidad hacia los pacientes), que limitan el impacto de un programa de capacitación como el propuesto. Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No han proyectado capacitaciones al Personal en Cuidados centrados en el paciente y la familia (CCPF) al subestimar el impacto de dicha intervención. Además, su limitada programación administrativa no es suficiente para desarrollar adecuadamente proyectos de mejora de la calidad de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): No se han programado capacitaciones para tal fin en el Plan Local Institucional, ni otras estrategias de apoyo.
Nudo crítico III: Brecha oferta-demanda negativa de personal asistencial en la UCIN que genera sobrecarga laboral al personal asistencial y limita la aplicación del modelo de Cuidados centrados en el paciente y la familia.	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): En base a la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014, se ha proyectado una brecha oferta-demanda negativa en todos los grupos ocupacionales, la que persiste sin ser atendida en los últimos 4 años a pesar de ser sustentada incluso en persona, demostrando escasa capacidad de respuesta de los directivos del nivel central frente a la demanda creciente a nivel local. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal asistencial de UCIN (Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería): Plazas asistenciales insuficientes para cubrir adecuadamente la labor en UCIN de acuerdo a Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2014, que limita la posibilidad de desarrollo de iniciativas de mejora de la calidad de la atención y potencia la aparición del Síndrome de Burnout (Marrero & Santos, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio (Médico y Enfermera): Tras repetidas gestiones de ambas Jefaturas, se ha logrado cubrir dicha brecha parcialmente mediante la asignación de horas extras; aunque esta medida no ha solucionado totalmente el problema, ya que el mismo personal con sobrecarga laboral es el que cubre los turnos adicionales. El médico jefe ha gestionado el apoyo por 70 horas extras mensuales de una Pediatra adscrita al Hospital I Tarma, lo que alivia parcialmente la carga laboral del personal médico.

Fuente y Elaboración: Propia.