



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Universidad de Oviedo

TRABAJO FIN DE GRADO



Facultad de Enfermería de Gijón
Centro adscrito a la Universidad de Oviedo

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES NEONATALES

HUMANIZATION OF NURSING CARE IN NEONATAL UNITS

Alumna: Irene Martínez Rodiles

Tutora: M. Dolores Álvarez Valdés

**GRADO DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE ENFERMERÍA DE GIJÓN
CONVOCATORIA JULIO 2021**

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
4. METODOLOGÍA	5
5. DESARROLLO.....	8
5.1. HISTORIA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS NEONATALES.....	8
5.2. FACTORES ESTRESANTES PARA LA FAMILIA DERIVADOS DEL INGRESO.....	11
5.3. FACTORES ESTRESANTES PARA EL NEONATO DERIVADOS DEL INGRESO.....	12
5.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENCAMINADAS A LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS NEONATALES.....	14
5.5. PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO Y EL MÉTODO NIDCAP.....	15
5.5.1. INTERVENCIONES ENFERMERAS DIRIGIDAS A OPTIMIZAR EL MACROAMBIENTE.....	16
5.5.1.1. CONTROL DE LA LUZ.....	16
5.5.1.2. CONTROL DEL RUIDO.....	17
5.5.2. INTERVENCIONES ENFERMERAS DIRIGIDAS A OPTIMIZAR EL MICROAMBIENTE	17
5.5.2.1. PREVENCIÓN ACTIVA DEL DOLOR.....	17
5.5.2.2. CUIDADO DE LA POSICIÓN Y MANIPULACIÓN DEL NEONATO POR LA ENFERMERA.....	18
5.5.2.3. FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS.....	18
5.5.2.4. PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.....	19
5.6. ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA	20
5.7. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE VIDA.....	22
6. DISCUSIÓN	23
7. CONCLUSIONES.....	25
8. AGRADECIMIENTOS.....	25
9. BIBLIOGRAFÍA.....	26
10. ANEXOS.....	31

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción y justificación

A lo largo de la historia de la neonatología se han producido avances médicos y tecnológicos que han logrado mejorar la supervivencia de los neonatos. Actualmente, existe una nueva visión de los cuidados más humanizada que permite dar un paso más allá de la supervivencia, incluyendo la atención tanto física como psicosocial de los neonatos y sus familias.

Objetivo: Describir los cuidados de enfermería necesarios para ofrecer una atención humanizada en las unidades neonatales.

Método: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a partir de fuentes primarias y secundarias, utilizando lenguaje libre y términos DeCs y Mesh, combinados con el booleano "AND" y limitados con filtros de idioma inglés y español y últimos 5 o 10 años.

Desarrollo: Los cuidados humanizados pretenden garantizar una atención óptima al neonato y su familia, fomentando un ambiente adecuado para su correcto desarrollo neurológico y afectivo, minimizando los factores estresantes derivados del ingreso a través de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia y gracias a las intervenciones enfermeras que ayudan a disminuir la morbilidad neonatal.

Conclusiones: La humanización de los cuidados en las unidades neonatales es vital para brindar una atención de calidad tanto al neonato como a su familia y la enfermería tiene un papel fundamental para garantizar que esta filosofía del cuidado se cumpla.

Palabras clave: Enfermería neonatal, Humanización de la atención, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Atención de Enfermería, Ambiente de Instituciones de Salud.

Key words: "Neonatal nursing", "Humanization of assistance", "Intensive Care Units Neonatal", "Nursing Care", "Health Facility Environment".

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Una Unidad de Neonatología se define como una organización de profesionales sanitarios ubicada en el hospital que ofrece asistencia multidisciplinar y garantiza unas condiciones óptimas de seguridad y calidad para atender las necesidades de los neonatos y su familia. El periodo neonatal abarca los primeros 28 días de vida en los nacidos a término y hasta las 46 semanas de edad postmenstrual en los nacidos prematuros¹.

En las últimas décadas, el campo de la salud perinatal ha cambiado drásticamente, produciéndose importantes avances tecnológicos y científicos que han logrado disminuir de manera notable la mortalidad neonatal a nivel mundial, si bien persisten grandes diferencias entre países dependiendo de su grado de desarrollo¹.

En España la tasa de mortalidad neonatal ha pasado de 12,60% en el año 1975 a 1,84% en 2019, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)². Por el contrario, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ en 2019 las muertes neonatales a nivel mundial han sido de 2,4 millones, cifra que representa el 47% de todas las muertes de menores de 5 años, aumentando un 7% respecto a 1990. La mayor parte de las muertes neonatales (75%) ocurren durante la primera semana de vida. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto, las infecciones y los defectos congénitos causaron la mayoría de las muertes neonatales en 2017. Entre las causas de muerte neonatal también se encuentran los trastornos asociados con la falta de atención de calidad en los hospitales, que explica en parte las diferencias existentes entre los diferentes países³.

En el año 2004 fue elaborado por el Comité de Estándares y la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología⁴ un primer documento sobre niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. Las características funcionales de cada nivel asistencial deben ser definidas de forma uniforme y clara y esto incluye requerimientos de equipamiento, instalaciones, personal, servicios de apoyo, formación y organización de servicios necesarios para cubrir las prestaciones de cada nivel de cuidados.

Dado que en los últimos años ha habido un importante progreso en cuanto a tecnología, cuidados y tratamientos en las unidades neonatales que han contribuido a aumentar de manera significativa los índices de supervivencia de neonatos extremadamente vulnerables, ahora resulta fundamental dar un paso más allá, humanizando la atención tanto del neonato como de su familia. Las unidades neonatales generan un ambiente estresante no solo para el neonato sino también para su familia y los profesionales sanitarios. El cuidado neonatal se ha visto beneficiado por diversos equipos tecnológicos, pero el ritmo frenético de trabajo, los ruidos constantes y la exposición a una alta luminosidad hacen que las condiciones ambientales no sean las óptimas para el desarrollo neurológico y sensorial del neonato⁵.

El enfoque actual de la prestación de cuidados en las unidades neonatales está encaminado no solo a garantizar el máximo bienestar físico y fisiológico de los neonatos, sino a asegurar su mejor desarrollo neurológico y de maduración a corto y largo plazo y favorecer la interacción con sus padres. Para la consecución de estos objetivos cada vez son más las unidades neonatales internacionales y nacionales que están poniendo en marcha iniciativas de humanización en relación a los cuidados del neonato, la familia y sus necesidades¹.

Humanizar la asistencia significa hacerla digna de la persona humana, es decir, acorde con los valores del ser humano para hacerle sentir valorado como persona con todos sus derechos. Se humaniza cuando se atiende a las personas desde su concepción holística, proporcionando respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Para que esto ocurra los profesionales de enfermería deben tener un papel fundamental con la identificación del problema y la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones que permita el neurodesarrollo del neonato y la participación de la familia en el cuidado de sus hijos^{1,5}.

Inicialmente la atención en las unidades de cuidados intensivos neonatales se centraba en los equipos tecnológicos, los avances médicos y la especialización de los profesionales, dejando a un lado la parte humana y el acercamiento de los padres en esta etapa tan vulnerable para el neonato. En la actualidad, surgen las iniciativas de humanización de los cuidados en neonatología con el fin de humanizar su cuidado, constituyéndose como la herramienta más apropiada para que los neonatos continúen gozando de los beneficios derivados de los avances tecnológicos en armonía con el contacto de su familia. La implementación y aplicación de las iniciativas de cuidados humanos como programa orientador de los cuidados en las unidades neonatales permite que los padres y el neonato establezcan un mayor vínculo afectivo, acorta los periodos de hospitalización, disminuye los riesgos de infección intrahospitalaria, promueve y prolonga la lactancia materna, mejora la termorregulación del neonato y facilita la estimulación temprana^{5,6}.

Para poner en marcha protocolos y proyectos sobre la humanización de los cuidados en las unidades neonatales la enfermera es imprescindible, debido a su directa implicación en la atención del neonato y su familia desde el primer momento del ingreso y de forma continuada durante la hospitalización. El conocimiento y la puesta en marcha de iniciativas de cuidados humanizados neonatales por parte de las enfermeras son fundamentales para favorecer el neurodesarrollo y facilitar la integración de la familia como cuidadores. Por todo ello, dado que la principal preocupación de una enfermera en neonatología es el bienestar tanto del neonato como de su familia y que los cuidados van dirigidos al correcto desarrollo del neonato, es fundamental conocer los cuidados de enfermería destinados a ofrecer una atención humanizada en las unidades neonatales desde la evidencia científica^{1,5,6}.

Lo que se pretende con el presente trabajo es abordar las estrategias de humanización del cuidado neonatal mostrando el papel de la enfermera en la atención al neonato y a sus padres, poniendo especial interés en sus necesidades individuales.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Describir los cuidados de enfermería necesarios para ofrecer una atención humanizada en las unidades neonatales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mostrar la evolución histórica que ha experimentado la atención de enfermería en los cuidados neonatales.
- Determinar los factores estresantes a los que están expuestos los neonatos y sus familias derivados de la necesidad de ingreso en una unidad neonatal.
- Detallar las intervenciones de enfermería encaminadas a fomentar la humanización de los cuidados en las unidades neonatales.
- Exponer el papel de la enfermera en los Cuidados Centrados en el Desarrollo y el método NIDCAP.
- Explicar los beneficios de la participación de los padres en los cuidados del neonato y el papel de la enfermera para lograr su integración en las unidades neonatales.

4. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo fin de grado se realizó una primera búsqueda bibliográfica libre en Google académico y en distintas páginas web de asociaciones profesionales y organismos oficiales como: Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Asociación Española de Pediatría (AEP), AsturSalud y la página web del Centro Español para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia (CECBE). Se usaron los términos: humanización de los cuidados neonatales, historia, enfermería y cuidados neonatales durante la pandemia por Covid 19.

Se seleccionaron un total de 11 documentos de interés acerca de la evolución histórica de los cuidados de enfermería en las unidades neonatales, los cuidados centrados en el desarrollo de los neonatos y la situación actual de la humanización de los cuidados de enfermería en las unidades neonatales y recomendaciones para el manejo de los neonatos en relación con la situación actual de pandemia. De esta forma se obtuvo una visión general del tema a tratar como punto de partida para encaminar las posteriores búsquedas bibliográficas más específicas en bases de datos.

Entre enero y abril del 2021 se llevó a cabo la búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud (Dialnet, Scielo, Cochrane, Lilacs, Medline a través de su motor de búsqueda: Pubmed) y en revistas científicas (Elsevier, Rol de Enfermería). Para la realización de esta segunda búsqueda se han utilizado Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (Mesh) y lenguaje libre, combinados con el operador booleano "AND" para limitar los resultados de las búsquedas.

- DeCS: enfermería neonatal, unidades de cuidado intensivo neonatal, humanización de la atención.
- Mesh: newborn, nursing, humanization of assistance, intensive care units neonatal, child development.
- Lenguaje libre: cuidados neonatales, humanización, unidad de cuidados intensivos, desarrollo neonatal y cuidados centrados en el desarrollo.

Limitadores empleados: 1, 5 o 10 años de antigüedad dependiendo del número de documentos generados en las búsquedas e idioma inglés y español.

Una vez localizados los documentos, se ha realizado a una preselección mediante la lectura de los títulos y resúmenes, seleccionando finalmente para el trabajo aquellos que tras la lectura del texto completo cumplían los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión**
 - Documentos publicados en los últimos 10 años.
 - Idioma inglés y español.
 - Temática de la bibliografía centrada en la humanización de los cuidados de enfermería en las unidades neonatales y cuidados centrados en el desarrollo desde una perspectiva enfermera.
- **Criterios de exclusión**
 - Idioma diferente al español o inglés.
 - Antigüedad del documento superior a 10 años.
 - Temática diferente a la enfermería.
 - Población adulta como referencia.
 - Artículos o publicaciones que no analizasen los puntos descritos en los objetivos.

La estrategia de búsqueda en cada base de datos ha sido la siguiente:

PUBMED: Se han utilizado los siguientes descriptores y operadores booleanos:

“Humanization of assistance AND newborn AND Intensive Care Units.” Se emplearon los limitadores: 5 años, artículo. Obteniendo 27 documentos, de los cuales se seleccionaron finalmente 3 para la realización del trabajo.

“Humanization of assistance AND newborn AND nursing”. Se emplearon los limitadores: 1 año, artículo. Como resultado se encontraron 4 documentos seleccionando 1 para el desarrollo del trabajo.

SCIELO: Se han utilizado las siguientes palabras clave y operadores booleanos:

“Humanization of assistance AND Newborn”, generando 2 documentos que no se ajustaban al tema del trabajo.

“Newborn AND Nursing”, de los 24 documentos obtenidos fueron seleccionados 3 por ser de interés para desarrollar los objetivos del trabajo.

“Newborn AND Nursing AND child development”, generando 4 documentos de los cuales fue seleccionado 1 por adecuarse al tema del trabajo.

“Newborn AND Nursing AND Intensive Care Units Neonatal”, como resultado se encontraron 20 documentos, seleccionando 3 por adecuarse a los objetivos del trabajo.

“Humanización AND cuidados”, generando 25 y seleccionando 2 por ser considerados de interés.

Los limitadores utilizados en esta base de datos han sido: Artículos, español e inglés.

ELSEVIER: Se han utilizado las siguientes palabras clave:

“Humanización cuidados neonatales”, fueron generados 12 documentos de los cuales fueron seleccionados 4.

“Cuidados centrados desarrollo neonatal enfermería” fueron generados 13 documentos y seleccionados 2.

Los limitadores utilizados han sido: artículos, enfermería.

DIALNET: Se realizó una búsqueda con las palabras:

“Humanización neonatología”, dando como resultado 8 documentos de los cuales fueron seleccionados 2.

“Humanización cuidados centrados en el desarrollo”, encontrando un total de 10 documentos de los cuales fueron seleccionados 3.

El limitador utilizado ha sido: artículo de revista.

COCHRANE: Tras introducir las palabras clave:

“Neonatal care humanization”, se obtuvieron un total de 16 artículos de los cuales fueron seleccionados 2.

Los limitadores utilizados han sido: Artículos, “Neonatal care”, “Cochrane Nursing”, “Child Health”.

LILACS: Utilizando los términos:

“Humanización cuidados neonatales” fueron generados un total de 17 artículos, de los cuales se escogió 1 para la realización del trabajo ya que el resto no se ajustaban a los criterios de inclusión. Los limitadores utilizados han sido: español e inglés, enfermería neonatal, 5 años.

Para completar la búsqueda se realizó la técnica bola de nieve consultando la bibliografía de los documentos seleccionados con el fin de recuperar artículos que pudieran resultar de interés. Una vez recuperados todos los documentos considerados oportunos y de interés para la realización del trabajo se han seleccionado un total de 48, de los cuales finalmente se han descartado 11 por no ajustarse totalmente a los criterios de inclusión. Un total de 37 documentos han sido seleccionados finalmente para la realización de este trabajo **(ANEXO 1)**.

5. DESARROLLO

5.1. HISTORIA DE LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS NEONATALES

El cuidado neonatal tal y como se conoce hoy en día ha sufrido cambios significativos a lo largo de la historia y su pasado se remonta siglos atrás, evolucionando de forma paralela a la supervivencia de los neonatos. La necesidad de atender las necesidades de los neonatos en los hospitales empezó a cobrar especial importancia al finalizar la Guerra franco-prusiana en 1871⁷.

El Dr. Tarnier desarrolló la primera incubadora en el año 1880, invento que disminuyó la mortalidad de los neonatos prematuros hasta un 50%. A las madres se les permitía estar con sus hijos y alimentarles con lactancia materna en las unidades de hospitalización y a su vez el Dr. Pierre Budin expuso la importancia de unos buenos cuidados de la madre al neonato^{7,8}.

Fue en 1896 cuando el Dr. Couney demostró la efectividad de la incubadora y desarrolló unos cuidados al neonato que se basaban en la limpieza y la esterilidad, quedando los padres excluidos de los cuidados de sus hijos. Este modelo de cuidados se fue generalizando en los hospitales y el papel de la enfermera empezó a tomar más relevancia en la asistencia y cuidado neonatal y evolucionando de forma sinérgica a los avances médicos y tecnológicos⁸.

Inicialmente las enfermeras se encargaban de supervisar continuamente al neonato, posteriormente organizaron su trabajo diario en turnos, cambiaban pañales, bañaban y alimentaban a los neonatos y les proporcionaban confort y afecto realizando incluso contacto piel con piel con ellos. En esta etapa los neonatos eran apartados de sus familias durante sus ingresos en las unidades neonatales con el objetivo de prevenir complicaciones de salud y facilitar su cuidado. No fue hasta 1907 cuando Pierre Budin se mostró preocupado por el reemplazo de las funciones maternas en los cuidados del neonato ingresado^{7,9}.

La primera unidad para el cuidado exclusivo de neonatos data de 1914 y fue dirigida por el médico obstetra Julius Hayes Hess, el cual demostró que los cuidados a los neonatos debían de estar basados en la mínima manipulación, la esterilidad, el silencio y la correcta alimentación, no incluyendo tampoco a las madres en el cuidado de sus hijos en este momento. En estos años las enfermeras fueron adquiriendo más responsabilidades en la atención de los neonatos, como proporcionar tratamientos en situaciones de emergencia, la observación minuciosa de los síntomas y reconocimiento de patologías, así como el mantenimiento de las incubadoras. El papel de las enfermeras, que fue asumiendo cada vez mayor autonomía junto con la instauración de las unidades de cuidado neonatal, supusieron un factor clave en la reducción de la mortalidad neonatal^{8,9}.

El modelo de cuidado con exclusión de los padres o contacto muy limitado se mantuvo hasta 1957. Fue al fin en 1958 cuando el médico psicoanalista John Bowlby investigó acerca del vínculo y el apego, en concreto de las conductas de acercamiento que realiza el neonato hacia su madre, demostrando las consecuencias negativas de la separación y los problemas derivados de la hospitalización para el neonato y sus familias⁹.

A partir de 1960 cambió el rumbo del cuidado en neonatología hacia una humanización de los cuidados. Los estudios demostraron que la entrada de los padres no aumentaba el riesgo de infecciones, por ello se fue incluyendo a la familia en el proceso asistencial permitiendo su presencia en las unidades, pasando de las políticas de aislamiento hacia un modelo de cuidados más humanizados en el que se incluye la integración del neonato en su ambiente, con la inclusión de la familia y de forma especial de la madre en los cuidados^{8,9}.

En 1980 Adik Levin crea una unidad neonatal donde las madres permanecen 24 horas al día y cuidan del neonato con ayuda del equipo de salud. En esta nueva unidad se notó desde los inicios de su funcionamiento una disminución de las infecciones en los neonatos y en consecuencia de la necesidad de antibióticos y fármacos intravenosos. Además, la ganancia de peso era más rápida, aumentó la lactancia materna y se avanzó en el desarrollo social y psicológico^{8,9}.

Los pasos clave en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN) impulsada desde fines de 1980 por la OMS, UNICEF y otras organizaciones en las unidades de hospitalización de todo el mundo, incluyen el contacto precoz madre-hijo, cohabitación y lactancia materna precoz y frecuente además de un mínimo contacto con los equipos de salud. Levin propuso también la Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales (IHCN) que se basa en la IHAN y se complementa con otros pasos, ya que esta última enfatiza más que nada la lactancia materna, que si bien es cierto es de fundamental importancia, es uno de los muchos componentes de un ambiente verdaderamente adecuado para el neonato^{8,9}. La IHCN comprende además de la lactancia materna: la restricción al mínimo de tratamientos agresivos, mínimo contacto entre los neonatos y el equipo de salud y máximo contacto con las madres, reduciendo al mínimo el número de análisis y exámenes físicos. Entre las IHCN encontramos las siguientes recomendaciones⁸:

- La madre debe poder permanecer con el neonato las 24 horas del día.
- Cada miembro del equipo de salud debe atender a la madre, al neonato y a su familia y promover la lactancia materna.
- El estrés psicológico de la madre y del neonato debe ser aminorado durante el ingreso.
- La cantidad de exámenes, análisis de laboratorio y terapias agresivas deben reducirse al mínimo.
- El contacto piel con piel madre-hijo debe ser utilizado tanto como sea posible, reduciéndose el equipamiento tecnológico al mínimo indispensable.
- La madre y el neonato deben ser considerados como un sistema psicosomático cerrado. Los controles del equipo médico deben focalizarse no solo en el neonato, sino también en las necesidades de la madre.
- Los demás miembros de la familia deben ser autorizados a visitar al neonato y su madre durante la hospitalización.

En 1986 la Dra. Als creó el Método Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Hace más de tres décadas se inicia en Estados Unidos el Programa de Cuidado NIDCAP englobado dentro de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). Los CCD tienen como objetivo favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del neonato y disminuir su estrés y el NIDCAP es un método de intervención conducido por profesionales entrenados en este programa, basado en observaciones formalizadas del neonato, antes, durante y después de los procedimientos o cuidados que se le realizan durante su ingreso, con la finalidad de proporcionar de una atención personalizada que ayude a mejorar su neurodesarrollo. Comprende intervenciones dirigidas a optimizar el macro y microambiente e intervenciones sobre la familia⁸.

También en 1986 el Parlamento Europeo aprobó la Carta europea de los niños hospitalizados⁹, que instaba a profesionales sanitarios y organismos oficiales a velar por el cumplimiento de todos los derechos del menor cuando se encontraba ingresado en un centro hospitalario entre los que destacan:

- Estar acompañado de sus padres, tutores legales o cuidadores habituales, pudiendo estos participar durante su hospitalización y sin que conlleve costes adicionales ni obstaculice la atención o tratamiento del menor.
- Que sus padres o personas autorizadas reciban toda la información sobre el estado de salud y enfermedad de su hijo, respetando el derecho a la intimidad del menor.
- Que sus padres o personas autorizadas expresen su conformidad en los tratamientos indicados para el menor.
- Que sus padres, tutores o cuidadores habituales se les ofrezca ayuda psicológica o social por profesionales cualificados.
- No recibir tratamientos inútiles y no soportar sufrimiento físico y moral evitable.
- Ser tratado con tacto, educación, comprensión y que se respete su intimidad.
- Ser atendido por profesionales cualificados que conozcan sus necesidades físicas y emocionales.

En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención de los Derechos del Niño⁹ que insta a los Estados firmantes a la adopción de las medidas necesarias para cumplir sus artículos. Relacionados con la atención neonatal cabe destacar los siguientes:

- El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
- Los Estados pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño.

- Asegurar una atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.
- Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

El nacimiento de un hijo es un momento especial en la vida de las personas, cuando se produce el nacimiento de una forma prematura o aparece algún problema salud por el que el neonato debe ser ingresado en una unidad neonatal aparecen sentimientos de tristeza y miedo que producen gran ansiedad en los padres, dificultando el establecimiento de un adecuado vínculo entre padres e hijo¹⁰.

5.2. FACTORES ESTRESANTES PARA LA FAMILIA DERIVADOS DEL INGRESO

Según los resultados de un estudio realizado en EEUU¹⁰ que tuvo como objetivo identificar los determinantes estresores presentes en las madres de los neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, la hospitalización de los neonatos es considerado por el 89% de las madres como muy estresante, encontrándose que la presencia de monitores y aparatos cerca al neonato, sus respectivas alarmas, la realización de procedimientos invasivos y la afectación del rol materno son los factores considerados por las madres como las situaciones más estresantes.

La presencia de monitores y aparatos cerca del neonato fue considerado por las madres como extremadamente estresante en un 27.6%. En cuanto a los ruidos constantes y repentinos de los monitores se evidenció que al 57.7% de las madres les resultaron muy estresantes. Los monitores y aparatos al ser desconocidos para las madres son vistos como sinónimo de gravedad, convirtiéndose así en una fuente constante de estrés durante toda la hospitalización¹⁰.

La separación madre/hijo que se produce con el ingreso supone para la madre una barrera física y emocional que dificulta el establecimiento de los primeros lazos. La edad gestacional y la alimentación mediante lactancia materna son los principales factores que intervienen en el establecimiento del apego, situación que viene marcada por la interrupción prematura del embarazo y la interacción materno-fetal durante el amamantamiento¹¹.

En cuanto al estrés evidenciado por las madres al estar separadas del neonato se encontró que el 90.5% lo consideraron una situación extremadamente estresante. En relación con el estrés producido por no poder compartir al neonato con otros miembros de la familia se encontró que el 81.4% lo consideraban muy estresante, el 17.2% moderadamente estresante y para el 1.4% no fue estresante. En cuanto al nivel de estrés generado por sentir que el personal estaba más cerca de sus hijos que ellas mismas se evidenció que el 70.3% refería que la situación fue muy estresante. El 63.4% de las madres refirieron que fue extremadamente estresante sentirse incapaces de brindar la atención al neonato, seguido por el 13.4% que lo clasificaron como muy estresante y solo el 6.2% manifestó que no fue estresante¹⁰.

El rol de la madre se ve afectado al estar sometida al aislamiento físico como no poder alimentar o cambiar el pañal de su hijo y al aislamiento afectivo al tener un determinado horario de visitas, además de sentir impotencia por no poder evitar la realización de procedimientos dolorosos en el neonato^{10,11}.

Con respecto al nivel de estrés experimentado por las madres debido al color del neonato, se encontró que el 31% de estas madres no experimentaron este evento, el 41% refirió que a pesar de haberlo experimentado no fue estresante y el 28% manifestó que fue moderadamente estresante. El total de las madres expresó algún nivel de estrés en relación a la forma de respirar del neonato. En cuanto al nivel de estrés por el tamaño del neonato, el 41.3% de las madres refirieron que no fue estresante, contrario al 8.9% que considera que fue extremadamente estresante¹⁰.

El 36.5% refirió que no fue estresante que el personal pareciese preocupado por la salud del neonato y que actuaran como si no entendieran el comportamiento de este, en cambio, se evidenció que para el 45.5% de las madres si fue estresante. El gran número de personas trabajando en una unidad neonatal no fue considerado como un factor estresante sino como un factor protector y un signo de mayor atención, reconociendo que son personas cualificadas para cuidar de sus hijos¹⁰.

La necesidad de permanecer ingresados en una unidad neonatal no solo resulta estresante para los padres, los neonatos hospitalizados son sometidos a una serie de procedimientos y expuestos a una serie de estímulos que también pueden tener consecuencias negativas para ellos^{10,11}.

5.3. FACTORES ESTRESANTES PARA EL NEONATO DERIVADOS DEL INGRESO

En cuanto a los factores estresantes para los neonatos a causa del ingreso en una unidad neonatal encontramos el ruido, el exceso de iluminación, el dolor y la alteración del ciclo sueño-vigilia.

Los neonatos son muy vulnerables al efecto nocivo del ruido. La excesiva exposición auditiva genera respuestas fisiológicas inmediatas, como el aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, apneas, aumento de la presión intracraneal, alteraciones del sueño y alteraciones a largo plazo. Existen estudios que revelan casos de neonatos que fueron expuestos a excesivo ruido durante su hospitalización y una vez alcanzada la edad escolar padecían secuelas como alteraciones en el desarrollo mental, parálisis cerebral, ceguera o sordera. Además, el cerebro de un neonato no está preparado para procesar toda la información sensorial que le llega, lo que lo hace extremadamente sensible a los estímulos e incapaz de seleccionar la información recibida¹².

La Academia Americana de Pediatría recomienda un nivel máximo de ruido en las unidades neonatales de 45dB durante el día y 35dB durante la noche para fomentar el desarrollo adecuado de los neonatos. Sin embargo, los estudios clínicos demuestran que generalmente el nivel de ruido en las unidades neonatales se encuentra entre 70 y 80dB. El ambiente sonoro estresante se relaciona con el uso de equipo médico, el movimiento del personal de salud, las alarmas, teléfonos, etc¹³.

El aumento en la supervivencia de los neonatos¹⁴ se debe al avance tecnológico que se ha producido en las unidades de neonatología y a los cuidados de enfermería especializados. Estos avances han incrementado la cantidad de procedimientos que se deben proporcionar a los neonatos para su correcto desarrollo y supervivencia, lo cual hace que desde su nacimiento estén altamente instrumentalizados y expuestos a técnicas dolorosas. Existe el mito de que los neonatos sienten el dolor con menor intensidad que una persona adulta. Hoy en día el concepto de hiperalgesia crónica reconoce que la inmadurez del sistema nervioso central del neonato implica una mayor vulnerabilidad frente al dolor. En prematuros de 25 semanas de edad gestacional el sistema excitatorio ascendente nociceptivo está presente y funcionando y el sistema descendente inhibitorio no es funcional hasta varias semanas o meses después del nacimiento, además poseen menor cantidad de neurotransmisores inhibitorios en igualdad de secreción de cortisol y catecolaminas ante el estrés comparados con el adulto¹⁵.

El sueño¹⁶ tiene un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo de los neonatos. Reviste gran importancia para el desarrollo del sistema nervioso central y principalmente del sistema sensorial y conductual. En este sentido, la privación del sueño en el neonato presenta un impacto negativo sobre el correcto desarrollo del sistema nervioso central pudiendo causar daños neurológicos, retraso del alta hospitalaria y alteraciones comportamentales en la edad adulta. El ambiente en las unidades neonatales es perturbador y nocivo para el sueño neonatal dada la intensa luminosidad, el ruido excesivo y las manipulaciones constantes derivadas de los procedimientos invasivos y dolorosos frecuentes que se presentan como estímulos estresantes e interruptores del sueño del neonato.

La atención en las unidades neonatales se ha ido centrando en los equipos tecnológicos, reemplazado la parte humana y el acercamiento de los padres al neonato generando elevados niveles de estrés anteriormente mencionados, es por ello que las iniciativas de cuidados humanos en neonatología se consideran como un método que permite humanizar el cuidado de estos neonatos constituyéndose como la herramienta más apropiada para que continúen gozando de los beneficios derivados de los avances tecnológicos en armonía con el contacto del entorno familiar y contrarrestando los factores estresantes a los que tanto él como su familia están expuestos durante el ingreso. Los conocimientos, la actitud y la práctica del profesional de enfermería sobre las iniciativas de cuidados humanos neonatales son fundamentales en la recuperación del estado de salud de los neonatos¹⁷.

5.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ENCAMINADAS A LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS NEONATALES

Para fomentar la atención en las unidades neonatales desde una perspectiva más humana es necesario que la enfermera considere que el neonato es frágil pero competente para comunicarse e interactuar con su medio y necesita vincularse a su madre y a su familia. Humanizar los cuidados en las unidades neonatales supone una filosofía del cuidado que beneficia al neonato y a su familia, contribuye al crecimiento de la enfermería como ciencia y dignifica a la persona como ser humano. La humanización ha de estar presente en todas las intervenciones, actividades y técnicas como marca de identidad enfermera, pero para alcanzarla es necesario un proceso reflexivo permanente que permita tener presente los valores y principios que rigen la práctica profesional, ya que la enfermería por sí misma es una práctica humanizada¹⁸.

En cuanto a las intervenciones de enfermería de este modelo de atención humanizado, se pueden agrupar en un conjunto de prácticas que ayudan a los profesionales de enfermería a brindar una atención más cercana y humanizada enmarcada en los cuidados centrados en el desarrollo. Se lleva a cabo mediante el estableciendo de mecanismos de atenuación de estímulos externos como la luz y el ruido, garantizando una posición confortable para el neonato, estableciendo estrategias no farmacológicas para disminuir el estrés y el dolor ante procedimientos dolorosos, asegurando un descanso óptimo, abriendo las unidades neonatales para facilitar la lactancia materna a demanda, el cuidado canguro y la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos^{19,20}.

Es importante destacar la necesidad de que exista una buena comunicación entre el personal de enfermería y las familias, pues constituye una intervención crucial dentro de la atención al neonato. La enfermera, por su papel fundamental durante todo el proceso del cuidado del neonato, tiene una gran responsabilidad a la hora de facilitar ese intercambio de información. Por último, existen otros elementos que deben estar presentes en la atención humanizada como son: la presencia y participación de los familiares en los cuidados incluyendo la formación en los mismos, los cuidados al final de la vida y la existencia de una infraestructura adecuada que no consista solamente en disponer del espacio suficiente para facilitar el contacto de los padres con sus hijos las 24 horas del día, sino que además estén orientadas hacia un programa de cuidados centrados en el desarrollo y promoción de la lactancia materna, en definitiva, hacia una atención humanizada^{18,19}.

Actualmente, se trabaja para alcanzar una asistencia más humanizada, integrando a la familia como parte fundamental en el cuidado del neonato y, a su vez, incluyéndolos como principales cuidadores desde el nacimiento. El neonato y su familia son percibidos como una unidad indivisible destinataria de cuidados. El personal de enfermería ha pasado de ser uno de los principales cuidadores del neonato dentro de las unidades neonatales a ser hoy en día colaborador y facilitador del empoderamiento de los padres. Esto implica el desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades por parte de la enfermería que en el pasado tenían poca importancia²¹.

Las medidas que se pueden aplicar en las unidades neonatales para potenciar la humanización del cuidado del neonato y su familia son^{18,21}:

- Permitir la entrada de los padres las 24h, donde la presencia de la familia sea ininterrumpida.
- Profesionales sanitarios con formación específica.
- La humanización debe ser abordada desde el inicio por los profesionales, fomentando la participación de los padres y dando sentido a las experiencias de las familias.

5.5. PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO Y MÉTODO NIDCAP

Tradicionalmente, la medición de los cuidados proporcionados se ha evaluado más frecuentemente a partir de las actividades y resultados de proceso que del análisis de los resultados en salud. Hoy se sabe que para proporcionar cuidados basados en el valor se debe orientar la acción hacia los resultados en salud. Los sistemas de salud deben comprometerse a financiar aquellas intervenciones que demuestran una sólida evidencia y financiarlas para facilitar su incorporación en los servicios de salud²².

Los cuidados centrados en el desarrollo⁵ aplicados a los neonatos ingresados en una unidad neonatal son una serie de intervenciones médicas y de enfermería dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del neonato, favorecer su desarrollo neurológico y emocional y facilitar la integración de la familia como cuidadores. Para su aplicación se han seguido diferentes abordajes: control de los factores ambientales, selección de los momentos más adecuados para proporcionar los cuidados, la contención motora y la prevención activa del dolor. También es tarea prioritaria la integración de los padres como miembros activos del equipo y la implantación del cuidado madre/padre canguro. Todas estas intervenciones se pueden integrar en las actividades de una unidad neonatal desde una perspectiva individualizada, como cuidados centrados en el desarrollo individualizados, que es lo que llamamos Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme (NIDCAP). Los cuidados centrados en el desarrollo se han descrito como una estrategia innovadora con la ventaja de que para su aplicación no se precisan grandes recursos económicos. En España se ha avanzado mucho en los últimos años, pero aún quedan aspectos en los que se puede mejorar simplemente con una mejor formación y mayor motivación de los profesionales.

El NIDCAP²³ es un programa de evaluación e intervención realizado por profesionales entrenados en el neurodesarrollo que se basa en observaciones conductuales del neonato antes, durante y después de los procedimientos para individualizar los cuidados. Busca proporcionar bienestar a toda la familia, además de potenciar que los profesionales se sientan más capaces y satisfechos trabajando. Por ello, se considera de gran importancia indagar en el conocimiento de las intervenciones de la filosofía NIDCAP dirigidas a optimizar el macroambiente y el microambiente, junto a las actuaciones orientadas a la familia con el fin de favorecer el desarrollo y la conducta del neonato y a partir de ahí evaluar la eficacia de su aplicación.

Más allá de la experiencia científica y técnica y del cuidado físico, el trabajo de una enfermera también abarca las necesidades espirituales y emocionales, contribuyendo al bienestar emocional de la familia, humanizando la atención y verificando la ejecución de los cuidados^{5,23}.

Las intervenciones dentro de esta corriente de cuidado neonatal actúan sobre:

- Macroambiente: control de la luz y el ruido dentro las unidades neonatales.
- Microambiente: cuidado de la posición y manipulaciones, abordaje del dolor y la analgesia no farmacológica, promoción y apoyo a la lactancia materna y la implicación de los padres en el y el Método de Madre Canguro (MMC).

5.5.1. INTERVENCIONES ENFERMERAS DIRIGIDAS A OPTIMIZAR EL MACROAMBIENTE

5.5.1.1. CONTROL DE LA LUZ

Una unidad neonatal^{12,23} es un lugar donde se generan continuamente gran cantidad de estímulos, que repercuten en el crecimiento y desarrollo del neonato. El sentido de la vista es el último en madurar, por tanto, los neonatos son especialmente sensibles a los estímulos luminosos. Diversos estudios han demostrado que cuando se reduce la intensidad de la luz, se produce una disminución de la frecuencia cardiaca, disminuye la actividad vital, mejora el patrón del sueño, se reduce el estrés y mejora la alimentación. Además, los cambios bruscos en la intensidad de la luz pueden producir descensos de la saturación de oxígeno. La Sociedad Española de Neonatología recomienda utilizar una luz natural y gradual, con una transición suave en los ciclos de luz y oscuridad.

Existen una serie de intervenciones que la enfermera debe realizar y las cuales tienen un efecto positivo sobre el control de la luz²⁰ como: disponer de luz natural, utilizar luces suaves y regulables para adaptar la intensidad a situaciones concretas o procedimientos, disponer de paneles para separar a los neonatos con tratamiento de fototerapia de los que no estén recibiendo, cubrir las incubadoras con cobertores y restringir las luces más intensas únicamente para la realización de procedimientos que así lo exijan.

Recomendaciones²⁴:

- Lograr un sistema de iluminación flexible que sea ajustable individualmente o por áreas dentro de la unidad para satisfacer las diferentes necesidades de los neonatos.
- Ubicar las cunas a más de 60 cm de las ventanas.
- Incluir elementos externos de control solar en las ventanas como parasoles, que permiten un uso flexible según las necesidades.

5.5.1.2. CONTROL DEL RUIDO

El ruido excesivo produce perturbaciones del sueño, irritabilidad, cansancio, vómitos y pérdida de apetito en el neonato. Mediante la formulación de diagnósticos enfermeros, con sus consiguientes objetivos e intervenciones, estructurados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, es posible llevar a cabo un proceso enfermero que favorezca la conciliación de tecnologías metodológicas, filosóficas y teóricas y su aplicación a la atención, siendo una estrategia capaz de identificar las demandas de dichos neonatos. Por ello, se deben de realizar diferentes propuestas individuales en cada unidad neonatal para el control del ruido con el fin de lograr un ambiente adecuado para el desarrollo neurosensorial de los neonatos. Para reducir el ruido se pueden adoptar las siguientes medidas: disminuir el volumen de las alarmas, reducir el tono de voz, limitar las conversaciones cerca de los neonatos, abrir y cerrar las incubadoras cuidadosamente y evitar colocar objetos encima de ellas, evitar el uso de teléfonos móviles con sonido y disponer de un sonómetro para medir el ruido ambiental^{13,23,25}.

El control del ruido en las unidades neonatales mejora el ritmo circadiano, aumentando los períodos de sueño y facilitando el descanso de los neonatos, mejora el estrés disminuyendo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la actividad motora y las alteraciones de la tensión arterial y aumenta la saturación de oxígeno y ganancia de peso. Por un lado, un ambiente tenue y silencioso repercute en una lactancia materna eficaz y en un neonato satisfecho tras el amamantamiento. Por otro lado, un ambiente en penumbra facilita la apertura de ojos y el contacto visual del neonato con su madre o padre cuando realiza el cuidado canguro²⁰.

Además, dada la importancia de un patrón de sueño adecuado y su fuerte impacto en el desarrollo de los neonatos, es competencia de la enfermera la implementación de estrategias que protejan y promuevan el sueño, debiendo poseer conocimientos sobre el sueño y permitiendo la identificación y aplicación de estrategias eficaces para la promoción y protección dolor. Entre ellas se encuentran: la concentración de las manipulaciones del neonato agrupando los cuidados para que coincidan con la hora de la lactancia, evitar interrupciones innecesarias del sueño con cuidados rutinarios y aplazando las intervenciones que no son urgentes hasta que el neonato se despierte respetando así su ciclo de sueño-vigilia^{16,23}.

5.5.2. INTERVENCIONES ENFERMERAS DIRIGIDAS A OPTIMIZAR EL MICROAMBIENTE

5.5.2.1. PREVENCIÓN ACTIVA DEL DOLOR

Otro punto imprescindible a tener en cuenta es el manejo del dolor en los neonatos. Dentro del concepto de analgesia no farmacológica se incluyen una serie de medidas profilácticas y complementarias para el control del dolor de intensidad baja y para complementar las medidas farmacológicas en el control del dolor intenso como son: el empleo sacarosa oral, succión no nutritiva, amamantamiento, cuidado madre canguro y contención²³.

Los neonatos son hipersensibles a los estímulos dolorosos debido a que su sistema nervioso es aún inmaduro. Actualmente, para el cuidado activo del dolor existen evidencias que apoyan la analgesia no farmacológica y la integración de la familia en dicho cuidado. La analgesia no farmacológica es la priorización de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objetivo la reducción del dolor sin que implique la administración de medicación. Entre estas medidas se encuentran: el uso de sacarosa al 20% dos minutos antes del procedimiento doloroso, la succión no nutritiva y la lactancia materna antes y durante el procedimiento, la contención del neonato manteniéndolo en posición de flexión, el cuidado canguro y otras medidas de distracción como la musicoterapia, los masajes terapéuticos o la exposición al olor de la madre. El dolor mal tratado puede tener consecuencias de por vida para ellos, incluido un desarrollo neuro-conductual alterado. Tanto las intervenciones no farmacológicas como las farmacológicas deben utilizarse conjuntamente para proporcionar un efecto sinérgico de la analgesia^{20,26}.

La musicoterapia sumada al método canguro y a los cuidados centrados en el desarrollo, han demostrado mejorar el desarrollo psicomotor de los neonatos y disminuir las secuelas del ingreso en una unidad neonatal. Entre los beneficios de la musicoterapia también se encuentran la estabilización de las constantes vitales del neonato y una mejor adaptación a la lactancia materna²⁷.

5.5.2.2. CUIDADO DE LA POSICIÓN Y MANIPULACIÓN DEL NEONATO POR LA ENFERMERA

El sistema musculoesquelético de los neonatos tiene una alta plasticidad, por lo que se adaptan fácilmente a las posiciones en las que se les coloca durante su ingreso, lo que puede producir deformidades posturales, afectar a su desarrollo psicomotor y a la relación de apego con sus padres. Los objetivos del cuidado postural del neonato son: recogerlo en flexión y estimular la flexión activa del tronco y extremidades. También es aconsejable mantener el grado de flexión utilizando nidos que proporcionen límites y posibiliten mayor autorregulación y capacidad para tranquilizarse. Además, la constante manipulación del neonato ha sido asociada con fluctuaciones en la presión arterial y presión venosa central. Las técnicas de mínima manipulación son una forma de minimizar el impacto que tiene el ingreso en una unidad neonatal. Las manipulaciones deben ser más frecuentes durante el día, más espaciadas por la noche y resto del tiempo se intenta llevar a cabo la observación y control del neonato por métodos no invasivos^{16,23}.

5.5.2.3. FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS

La participación de los padres en el cuidado de sus hijos neonatos es uno de los ejes básicos de la metodología NIDCAP. Los padres son el pilar fundamental del desarrollo de sus hijos especialmente durante el periodo neonatal y su implicación precoz en el cuidado de los neonatos mejora el pronóstico⁵.

Lograr la plena participación de los padres conlleva cambios en la estructura de las unidades neonatales, en los horarios y sobre todo en las actitudes de los profesionales, que han de tomar conciencia de que están atendiendo a la familia y no solo al neonato, por lo que se precisa que las unidades neonatales estén abiertas a los padres las 24 horas del día para, de esta forma, facilitar la lactancia materna, el cuidado canguro y el papel de los padres como cuidadores^{5,23}. Las políticas de puertas abiertas y la actitud de apoyo de los profesionales en las unidades neonatales son fundamentales para ayudar a los padres a sobrellevar el sufrimiento derivado del ingreso. A pesar de todo ello, los estudios que se han realizado recientemente en Europa muestran cómo la entrada libre de los padres no es todavía una práctica uniformemente aceptada⁵.

La práctica del Método Canguro^{20,23} es uno de los instrumentos más valiosos disponibles para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el neonato de cara a mejorar su desarrollo. Este método se define como el contacto piel con piel entre la madre o el padre y su neonato. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto del neonato como de sus padres. Además, favorece el vínculo padres-hijo e incrementa la confianza y el grado de competencia de los padres. Sin embargo, se aconseja que permanezca piel con piel entre 90 y 120 minutos como mínimo, ya que menos tiempo de contacto no parecer ofrecer ventajas. El método canguro se debe de realizar tan pronto como sea posible siempre y cuando el neonato pueda tolerarlo, sin interrupciones y de forma que se favorezca la lactancia materna. El método canguro reduce la mortalidad neonatal, el riesgo de infecciones nosocomiales y favorece el aumento de peso, la satisfacción materna y el vínculo entre el neonato y sus padres²⁸.

5.5.2.4. PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

En relación con lo anterior, cabe destacar que la leche materna⁵ es el alimento idóneo para los neonatos, pero a pesar de ello la tasa de lactancia materna en este grupo especialmente vulnerable es aún baja. Está demostrado que las actividades desarrolladas en las unidades neonatales influyen de forma determinante en el inicio de la lactancia y en su duración. Para las madres de neonatos ingresados la experiencia de la lactancia puede ser dura y no responder a las expectativas que tenían. Las estrategias que la enfermera debe fomentar como iniciar la extracción de leche de forma precoz tras el parto, la extracción de leche más de 5 veces al día y el método canguro facilitan que la lactancia materna se mantenga. El amamantamiento proporciona contacto físico e interacción y ambos factores son esenciales para el desarrollo del vínculo entre la madre y el neonato. A la vista de los beneficios que conlleva la lactancia materna para los neonatos la implantación de prácticas que la favorezcan debe de ser una prioridad en las unidades neonatales. Por tanto, la enfermera desempeña una labor fundamental en la promoción de la lactancia materna ya que los cuidados en las unidades neonatales repercuten de manera directa en su establecimiento^{5,23}.

5.6. ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

El modelo de atención centrada en la familia (ACF)²⁹ devuelve la importancia al binomio neonato-familia como una unidad indivisible a cuidar. Para llevar a cabo este modelo de atención es necesario dotar al equipo multidisciplinar que atiende las unidades neonatales de conocimientos, herramientas y recursos formativos actualizados para garantizar una atención de calidad basada en la seguridad y establecer una relación de confianza entre el personal sanitario y la familia. La ACF favorece y mejora la participación de los padres en el cuidado de su neonato, mejora la comunicación entre la familia y el personal sanitario, contribuye a la reducción del estrés y los conflictos y favorece el empoderamiento de la familia como cuidadora.

La participación de los padres en el cuidado³⁰ de los neonatos permite a los profesionales de enfermería relacionarse con los padres y las familias de distinta forma a la convencional, invirtiendo en calidez humana al incorporar a los padres en el cuidado de sus hijos y permitiéndoles participar en la toma de decisiones.

Uno de los pilares de los cuidados centrados en el desarrollo es la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos hospitalizados en una unidad neonatal. Las recomendaciones sobre la ACF están orientadas a mantener el entorno familiar como el entorno natural de desarrollo del neonato desde su nacimiento, donde la participación de los padres en el cuidado favorece la implicación y la responsabilidad, incrementando su confianza y seguridad en los cuidados que prestan a sus hijos, de forma que la hospitalización repercuta lo menos posible en el establecimiento de los vínculos familiares. Además, la participación de los padres en el cuidado se asocia con mejores resultados en el neurodesarrollo del neonato, una mejor tasa de lactancia materna exclusiva al alta, reducción del estrés, ansiedad y depresión, aumenta la calidad y sensibilidad de los cuidados que se prestan, mejora el vínculo afectivo con el neonato, aumenta la autoestima y el rol parental y disminuye el tiempo de ingreso^{20,30}.

Recomendaciones sobre las actividades en las que los padres pueden participar para cuidar a su neonato en una unidad de hospitalización²⁰:

- Cuidado canguro precoz, frecuente y prolongado, apoyado por profesionales de enfermería para facilitar la lactancia materna a demanda.
- Implicación en la seguridad de atención al neonato.
- Recibir apoyo específico para interpretar y responder mejor a las necesidades del neonato como: cuidados de confort (evitar luz y ruido, ambiente cálido, voces suaves, musicoterapia, estímulo olfativo), minimizar el estrés (masaje, caricias, método canguro, posición en flexión, respeto del sueño-vigilia) y colaborar en la prevención del dolor e higiene.

Para que la familia participe en los cuidados al neonato es necesario promover su empoderamiento mediante el establecimiento de una relación terapéutica eficaz con el equipo de salud. El papel de la enfermera en el proceso de formación de los padres como cuidadores abarca el cuidado, la educación para la salud y el acompañamiento²⁹.

Además, la enfermería juega un papel imprescindible en la escucha de las demandas, inquietudes y miedos de la familia, planificando los cuidados, atendiendo las necesidades tanto de la familia como del neonato y brindando el apoyo necesario con el objetivo de hacer la experiencia del ingreso lo menos estresante posible. El elemento clave es crear una relación terapéutica de confianza en la que los padres se sientan lo suficientemente seguros para proporcionar al neonato una atención de calidad^{29,30}.

Una política de puertas abiertas 24 horas al día en una unidad neonatal es un pilar fundamental en la ACF y en los cuidados centrados en el desarrollo, ya que favorece la participación de los padres en el cuidado de sus hijos, el método canguro y fomenta el establecimiento y la duración de la lactancia materna exclusiva a demanda²⁰.

La Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado³¹ aprobada en 1986 por unanimidad del Parlamento Europeo, Consejo de Europa, UNICEF y la OMS, proclama el derecho del niño a estar acompañado por su madre, padre o persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, como cuidadores principales y no como meros espectadores. No existe ninguna base científica para separar al neonato de su familia, pero sí existe base legal que reconoce su derecho a estar acompañado por su madre y su padre. Con unidades neonatales de puertas abiertas 24 horas se consigue disminuir el grado de ansiedad de los padres y familiares del neonato, mejorar vínculos e interacciones, aumentar su grado de satisfacción, mejora de la estabilidad metabólica y hemodinámica del neonato, la lactancia, el desarrollo psicomotor y neurosensorial, la analgesia y la disminución del llanto. También mejora la relación, comunicación y colaboración de las familias con los profesionales³⁰.

Reconocer la importancia y el impacto de la cercanía física y emocional entre el neonato y sus padres en una unidad neonatal es vital para unos cuidados de enfermería humanizados. La cercanía física se refiere a la cercanía espacial y la cercanía emocional a los sentimientos de los padres de estar conectados emocionalmente con el neonato (amor, calidez y afecto). Algunas de las razones por las cuales la cercanía física y emocional son cruciales tanto para el neonato como para los padres son³²:

- Tienen efectos positivos en el desarrollo y el bienestar psicológico del neonato y en la relación con sus padres.
- Se facilitan los vínculos mediante el contacto piel con piel prolongado, la ACF, el aumento de las horas de visita, las salas familiares y la optimización del espacio en las unidades.

La comunicación y la relación interpersonal también son los elementos esenciales para un cuidado humanizado. La calidad de la comunicación del personal de enfermería con los padres cobra especial relevancia en el contexto de la ACF. Las recomendaciones sobre la comunicación e información a los padres cuyos hijos están hospitalizados en una unidad neonatal son las siguientes²⁰:

- Cuidar la comunicación con la familia, de forma que se realice con sensibilidad, empatía, de forma regular y atendiendo a la diversidad cultural.

- Integrar a los padres en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el cuidado de sus hijos, teniendo en cuenta sus deseos, valores, creencias y expectativas.

Una comunicación eficaz y el desarrollo de habilidades comunicativas es imprescindible para el desarrollo del trabajo enfermero, ya que a través de estas se logran relaciones enfermera-padres efectivas que posibilitan la confianza mutua, la expresión de emociones, tranquilidad y bienestar, que contribuye al mantenimiento de la salud y la mejora de la actividad de enfermería¹⁹.

5.7. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

En ocasiones los neonatos presentan en sus primeros días o semanas de vida problemas que amenazan su supervivencia. Surgen entonces inquietudes en los profesionales respecto a cómo responder a las necesidades del neonato y su familia, continuando con el cuidado dirigido a la supervivencia o redirigir este al cuidado paliativo. Se inicia entonces el difícil proceso de tomar una decisión en el que intervienen tanto los padres como todos los profesionales que atienden al neonato y en el que es necesario tener en cuenta factores culturales, sociales y religiosos³³.

En el año 2013 el Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología publicó un trabajo sobre recomendaciones de los cuidados al final de la vida. Sin embargo, aún existen dificultades en las unidades neonatales a la hora de disponer protocolos y guías sobre cómo lograr un cuidado integral óptimo de los neonatos candidatos a cuidados paliativos y sus familias. Los profesionales dedicados al cuidado del neonato se enfrentan con frecuencia a decisiones complejas que conllevan una elevada incertidumbre clínica y ética. Uno de los escenarios, es el de aquellos neonatos con mal pronóstico susceptibles de ser tratados con procedimientos agresivos e invasivos pero cuyo potencial beneficio es dudoso y con alto riesgo de causar dolor. El proceso de deliberación es una herramienta utilizada por los profesionales para la toma de decisiones clínicas que requiere seguir una secuencia ordenada de actuación que se resume en deliberar sobre los hechos, los valores en conflicto, los cursos de acción posibles y las circunstancias y las consecuencias previsibles de la decisión a tomar³⁴.

Un pilar fundamental de los cuidados paliativos^{33,34} es establecer una relación de confianza a través de la comunicación. Esta comunicación necesita dedicación, empatía y paciencia, ayudando a los padres a comprender lo que ocurre y los cambios que se van a producir. Los profesionales de enfermería deben favorecer el vínculo de los padres con su hijo para que participen en los cuidados y en la toma de decisiones. La escucha debe ser activa para conocer sus temores, deseos y expectativas, de tal forma que puedan expresar sus sentimientos y así establecer una colaboración terapéutica.

Los cuidados paliativos deben facilitar y maximizar el bienestar del neonato, cuidar el ambiente donde ocurre la muerte, idealmente en una habitación individual y facilitar los ritos y las costumbres de cada familia prestando atención a los aspectos psicológicos, emocionales y espirituales. Debe potenciarse el contacto con su hijo (método canguro, caricias, brazos) y favorecer que el fallecimiento ocurra en compañía de sus padres. Un buen acompañamiento en este proceso por parte del personal de enfermería facilita la aceptación familiar de la pérdida y el inicio de un duelo no patológico. La inclusión de estos cuidados supone un cambio importante en la forma de trabajar de las enfermeras. Los procesos se adaptan a las características del neonato y de su familia y se requiere un cambio en las actitudes de los profesionales, que deben adaptar sus cuidados a un nuevo paradigma asistencial^{33,34}.

6. DISCUSIÓN

Las instituciones sanitarias se mantienen en un enfoque biomédico desde el que se realizan acciones de cuidado centradas en la técnica y no en la persona. Este enfoque ha provocado la deshumanización de la atención reduciendo lo humano a lo biológico y la atención hacia la curación de la enfermedad, alejando el cuidado enfermero de su visión humana y holística. La deshumanización en los cuidados empieza en la formación de enfermería, donde se da más importancia al dominio de conocimientos, evidencias científicas y el desarrollo de habilidades técnicas en lugar de dársele a las habilidades y competencias centradas en el paciente. Surge así la necesidad de incorporar formación específica en aspectos emocionales que potencien y promuevan más el aprendizaje reflexivo para alcanzar las competencias necesarias para una atención integral^{19,21}.

Por un lado, la presencia de los padres en las unidades neonatales es un aspecto de polémica, ya que existen distintas opiniones en cuanto a su presencia en momentos puntuales de gravedad, realización de procedimientos invasivos, cuidados del neonato o situaciones de riesgo vital³⁰. El estudio realizado por Pallás Alonso⁵ en las unidades neonatales europeas señala que en España hay una actitud más restrictiva que en el resto de los países europeos con respecto a la participación de los padres en los cuidados de los neonatos, sobre todo en actividades que implican mayor manipulación del neonato como es el baño, la presencia durante los procedimientos terapéuticos o la alimentación por sonda nasogástrica. Sin embargo, en el estudio realizado en España en el año 2012 el 80% de las unidades neonatales encuestadas tenían una política de puertas abiertas las 24 horas al día.

Por otro lado, la evaluación de la eficacia de los cuidados NIDCAP²³ presenta resultados diferentes en múltiples estudios existentes, de manera que se han de señalar ventajas y desventajas. Las ventajas se han tratado en apartados anteriores, por lo que nos vamos a centrar en las desventajas. Entre ellas encontramos que empezar a trabajar con una filosofía de cuidados centrados en el desarrollo en una unidad neonatal donde hay que incorporar en los cuidados a los padres y las familias suele generar resistencias y barreras que en muchas ocasiones son difíciles de vencer. Otra dificultad del NIDCAP es que para su instauración es necesario involucrar a todo el personal en estos cuidados, siendo esto un problema por el alto coste que conlleva la formación en este tipo de cuidados.

La llegada de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 a España⁹ ha repercutido en toda la población, pero también de forma muy particular en las gestantes y los neonatos. La obligatoriedad de cumplir las directrices de las autoridades sanitarias en las unidades neonatales ha generado un perjuicio en los neonatos ingresados. El desconocimiento y miedo inicial de la pandemia ha forzado a las unidades neonatales a volver a aquellas primeras unidades para neonatos donde los padres eran considerados agentes infecciosos. Se ha llegado a restringir su presencia hasta el punto de recomendar que acuda siempre el mismo familiar, generalmente la madre.

Desde el inicio de la pandemia las recomendaciones sobre el manejo de madres contagiadas y neonatos en riesgo de transmisión vertical u horizontal se han ido modificando y adaptando a la evidencia presente en cada momento. Las recomendaciones priorizan evitar la separación madre-hijo mediante el alojamiento conjunto, siempre que el estado de salud de ambos lo permita y se garanticen medidas de aislamiento como la mascarilla y la higiene de manos. La recomendación de mantener el alojamiento conjunto se basa en la importancia del establecimiento de la lactancia materna y los beneficios del contacto precoz madre-hijo, unidos a la escasa evidencia existente sobre riesgo de transmisión y a la escasa gravedad de los casos de infección en neonatos³⁵. De este modo, ante la escasez de evidencia en relación al impacto de la infección por SAR-CoV-2 en neonatos y el gran efecto en la mejora de la salud de los neonatos y sus familias en relación a los cuidados centrados en el desarrollo y en particular el método canguro, la SEEN³⁶ enfatiza la importancia de instaurar el método canguro tan pronto como sea posible. Para minimizar los posibles contagios entre las familias y el personal sanitario se mantiene la distancia de seguridad y se enfatiza en la formación a los padres para que sean autónomos en el cuidado.

Tras un año de pandemia, las medidas restrictivas en las unidades neonatales siguen vigentes. Muchas unidades han comenzado a utilizar recursos que mejoran la comunicación con las familias y en la mayoría han sido la única vía de contacto con los padres. Los recursos de humanización cuando no se permite la visita de los padres a las unidades neonatales por infección son: cámaras de visualización directa, visita de familiares sin infección, información telefónica diaria y grabaciones. Cuando sí se permite la visita de los padres: lactancia materna o biberón, cuidados del neonato, caricias y método canguro³⁷.

7. CONCLUSIONES

- Los avances médicos y tecnológicos en neonatología han logrado aumentar la supervivencia de los neonatos ingresados, pero poniendo en riesgo la parte humana de los cuidados, siendo necesaria una nueva filosofía de cuidados orientados hacia la humanización y centrados en el neonato y su familia.
- Los principales factores estresantes derivados del ingreso en una unidad neonatal tanto para el neonato como para la familia son la presencia de aparatos y monitores, la separación madre-hijo, los procedimientos invasivos y el aislamiento afectivo.
- La humanización de la atención neonatal se desarrolla en el marco de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia, que se centra en favorecer el desarrollo del neonato y facilitar la integración de los padres en los cuidados.
- Es de vital importancia que las enfermeras conozcan las intervenciones de la filosofía NIDCAP dirigidas a optimizar el macroambiente y el microambiente de las unidades neonatales, junto a las actividades dirigidas a la familia con el fin de favorecer el desarrollo tanto físico como psicológico del neonato.
- Para una correcta atención centrada en la familia es imprescindible desarrollar una buena comunicación entre el personal de enfermería y los padres de los neonatos, así como también fomentar su participación en el cuidado al neonato. Reconocer la importancia y el impacto de la cercanía física y emocional entre el neonato y sus padres en una unidad neonatal es vital para unos cuidados de enfermería humanizados.
- Humanizar los cuidados supone una filosofía del cuidado que beneficia al neonato y a su familia, contribuye al crecimiento de la enfermería como ciencia y dignifica a la persona como ser humano.

8. AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Dolores Álvarez la cual siempre estuvo ahí para guiarme, aconsejarme, corregirme y apoyarme. Sin su apoyo, paciencia y perseverancia no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

También a todos los profesores de la Facultad de Enfermería de Gijón, que me han aportado conocimientos tanto a nivel personal como profesional para poder desempeñar mi futuro trabajo de enfermera de la mejor forma posible.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Osuna Guerrero M, Pastor Montero SM. Estrategias de humanización en las unidades neonatales: revisión bibliográfica. Index [Internet]. 2018 [citado 17 Abr 2021]; 14:5,8-9. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11609/e11609>
2. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad neonatal. 2019 [citado 18 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=29285>
3. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. OMS, 19 Sep 2020 [citado 19 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
4. Rite García S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An pediatr [Internet]. 2013 [citado 19 Abr 2021]; 79(1): 51.e1, 51.e2. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403312004869>
5. Pallás Alonso CR. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. An Pediatr [Internet]. 2014 [citado 29 Abr 2021]; 12(2): 62-63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281814701702>
6. Romero Daza A, Danies Valverde J, De la Hoz G, Mendiola Pino I. Iniciativas de cuidados humanos en neonatología: Nuevo desafío práctico de enfermería. Revista Cultura del Cuidado [Internet]. 2018 [citado 21 Abr 2021]; 15(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200828>
7. Cabañes Alonso E. Humanización de los cuidados en neonatología [Internet]. Servicio Gallego de Salud. Hospital Universitario 12 de octubre. 2018 [citado 23 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/795/hum-cuidados-neonatologia.pdf>
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología Estándares y recomendaciones de calidad [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2014 [citado 25 May 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
9. Jimenez Frores J, Román Maestre B. El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia. Rev Bio y Der [Internet]. 2020 [citado 25 May 2021]; 50:175-182. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300011

10. González Escobar DS, Ballesteros Celis NE, Serrano Reatiga M^oF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2012 [citado 25 Abr 2021]; 9(1):43-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986747>
11. Alonso Allende L, González Fuente LJ, Pérez Rivera FJ, Fernández García D. Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enferm.glob* [Internet]. 2020 [citado 25 Abr 2021]; 16(45). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100295&lng=es&nrm=iso
12. Capo M. Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 27 Abr 2021]; 27(3):96-111. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239916300037>
13. Valdés de la Torre GE, Martina Luna M, Braverman Bronstein A, Iglesias Leboeiro J, Bernárdez Zapata I. Medición comparativa de la intensidad de ruido dentro y fuera de incubadoras cerradas. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2018 [citado 27 Abr 2021]; 32(2):65-69. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-pdf-S0187533718300761>
14. San Martín D, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 28 Abr 2021]; 16(48). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400001
15. Leyva Carmona M, Torres Luna R, Ortiz San Roman L, Marsinyach Ros I, Navarro Marchena L, Mangudo Paredes AB, et al. Documento de posicionamiento del Grupo Español para el Estudio del Dolor Pediátrico (GEEDP) de la Asociación Española de Pediatría sobre el registro del dolor como quinta constante. *An Pediatr* [Internet]. 2019 [citado 28 Abr 2021]; 91(1):58.e1-58.e6. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403319301924>
16. Correia A, Lourenco M. Promoción del sueño en unidades de cuidados intensivos neonatales: scoping review. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 29 Abr 2021]; 19(57). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100017&lng=es&nrm=iso
17. Romero Daza A, Danies Valverde J, de la Hoz Gutiérrez G, Mendiola Pino I. Iniciativas de cuidados humanos en neonatología: nuevo desafío práctico de enfermería. *Cultura del cuidado enfermería* [Internet]. 2018 [citado 9 May 2021]; 15(1): 15-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200828>

18. García Leite P, da Gama Pereira F, Fernandes Demarchi R, Yuri Hattori T, Ferreira do Nascimento V, Pereira Terças-Trettel AP. Humanization of nursing assistance in a neonatal intensive care unit. *Rev. Enferm Health Care* [Internet]. 2020 [citado 12 May 2021]; 9(1):90-100. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118001/humanization-of-nursing-assistance-in-a-neonatal-intensive-the_hvS3KaA.pdf
19. Díaz Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. glob* [Internet]. 2020 [citado 6 May 2021]; 19(58). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200020&lng=es&nrm=iso
20. Osuna Guerrero M, Pastor Montero SM. Estrategias de humanización en las unidades neonatales: revisión bibliográfica. *Index* [Internet]. 2018 [citado 5 May 2021]; 14. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11609/e11609>
21. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Dios-Aguado M, Yáñez-Araque B, Gallego BM, Moncunill-Martínez E. Nursing Perspective of the Humanized Care of the Neonate and Family: A Systematic Review. *Children* [Internet]. 2021 [citado 14 May 2021]; 8(1). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children8010035>
22. García Alamino J.M, Ramón Escuriet Peiró R, Fabrellas Padres N, Fernández Garrido J, Moncusí M, Binfa Esbir L, et al. Manifiesto Florence para unos mejores cuidados basados en la evidencia. *Rev ROL Enferm* [Internet]. 2020 [citado 29 Abr 2021]; 43(11-12): 741-745. Disponible en: <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/12/Manifiesto-Florence.pdf>
23. Harillo Acevedo D, Rico Becerra JI, López Martínez A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 1 May 2021]; 16(48). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400577&lng=es&nrm=iso
24. Rodriguez R, Pattini A. Neonatal intensive care unit lighting: update and recommendations. *Arch Argent* [Internet]. 2016 [citado 11 May 2021]; 114(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27399015/>
25. Almadhoob A, Ohlsson A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020 [citado 12 May 2021]; 1, No.: CD01333. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010333.pub3/epdf/full>
26. Perry M, Tan Z, Chen J, Weidig T, Xu W, Cong XS. Neonatal pain: Perceptions and Current Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2019 [citado 13 may 2021]; 30(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6570422/>

27. Martínez Verónica R, Gutiérrez Padilla JA, Petersen Urie A, García Hernández HA, Ávalos Huizar LM, Gutiérrez González H. Musicoterapia en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: experiencia benéfica para el binomio. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2015 [citado 10 May 2021]; 29(3):95-98. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-pdf-S0187533715000333>
28. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [citado 13 May 2021]; 8, No.: CD002771. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub4/full/es#CD002771-abs-0004>
29. Garcia Salido A, Heras la Calle G, Serrano Gonzalez A. Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos?. *Med Intensiva* [Internet]. 2018 [citado 10 May 2021]; 45(5): 290-298. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569118300172>
30. Gomez Cantarino S, Garcia Valdivieso I, Ugarte Gurrutxaja MI, Yáñez Araque B, Moncunill Martínez E. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A new vision to manage healthcare. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 11 May 2021]; 17(19). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579288/>
31. Consejo interterritorial del sistema nacional de salud. Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales del sistema nacional de salud [Internet]. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2013 [citado 9 May 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/DECALOGO de las UCIS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/DECALOGO%20de%20las%20UCIS.pdf)
32. Flacking R, Lehtonen Liisa, Thomson G, Axelin A. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr* [Internet]. 2012 [citado 10 May 2021]; 101(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22812674/>
33. Lillo Lillo M. Valoración ética del dolor y el sufrimiento. Atención al niño al final de la vida. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2013 [citado 11 Jun 2021]; 11(6). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281813701598>
34. Arnaez J, Tejedor JC, Caserío S, Montes MT, Moral MT, González de Dios J, García-Alix A. La bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *An Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 11 Jun 2021]; 87(6):356.e1-356.e12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6721889>

35. Solís García G, Gutiérrez Vélez A, Pescador Chamorro I, Zamora Flores E, Vigil Vázquez S, Rodríguez Corrales E et al. Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectadas de COVID-19. *An Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 1 Jun 2021]; 94: 173-178. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320305233?token=3BDFC43F7A5DF4FB88A9DA5B5E78F84E8AC2FB3AC54F2C9C2C35F06CB64F2480D7A708B6A78F8709EEBE75860683E9BE&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210615071036>
36. Sociedad Española de Enfermería Neonatal. Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2 y el Cuidado Canguro [Internet]. 2020 [citado 28 May 2021]. Disponible en: https://www.seenenfermeria.com/sites/default/files/documentos/200601_consensu_canguero.pdf
37. Domingo Comeche L, de las Heras Ibarra S, Moratilla Monzo L, Rivero Martín MJ. COVID-19: humanización de las unidades neonatales. *An Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403321001752>

10. ANEXOS

- ANEXO 1. CUADRO RESUMEN METODOLOGÍA.

SITIO DE BÚSQUEDA/BASE DE DATOS	DECS/MESH/LENGUAJE LIBRE	LIMITADORES	DOCUMENTOS GENERADOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
SCIELO	Newborn AND Nursing	Artículos, español e inglés	24	3
	Nursing AND child development AND newborn	Artículos, español e inglés	4	1
	Nursing AND intensive care units neonatal AND newborn	Artículos, español e inglés	20	3
	Humanización AND cuidados neonatales	Artículos, español e inglés	25	2
ELSEVIER	Humanización cuidados neonatales	Artículos, enfermería	12	4
	Cuidados centrados desarrollo neonatal enfermería	Artículos, enfermería	13	2
PUBMED	Humanization of assistance AND intensive care units AND newborn	Últimos 5 años, artículos	27	3
	Humanization of assistance AND newborn AND nursing	Ultimo año, artículos	4	1
DIALNET	Humanización neonatología	Artículos de revista	8	2
	Humanización cuidados centrados en el desarrollo	Artículos de revista	10	3
COCHRANE	Neonatal care humanization	Artículos, Neonatal care, Cochrane Nursing, Child Health	16	2
LILACS	Humanización cuidados neonatales	Español e inglés, enfermería neonatal, 5 años	17	1