

La mayor capacidad científica y tecnológica con que cuentan los equipos de salud en neonatología les ha permitido garantizar la disminución de la mortalidad de los recién nacidos pretérmino o con enfermedades graves. Sin embargo, asegurar solo la continuidad de la vida no es suficiente, es necesario hacer lo que esté a su alcance para atender todas las necesidades de estos pacientes y lograr los menores impactos para su vida futura. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Pedagogía Hospitalaria permiten responder a esta urgencia.

**Impacto de una
intervención pedagógica
en el personal de salud
de la Unidad de Cuidados
Intensivos Neonatal de la
Fundación Cardioinfantil
de Bogotá**

Orianna Álvarez Aragón

**Impacto de una intervención pedagógica en el personal de salud de la
unidad de cuidados intensivos neonatal de la Fundación
Cardioinfantil de Bogotá**

Orianna Álvarez Aragón

Tutor

Dra. Gloria Amparo Troncoso Moreno

Co-Tutor

Patricia Correa Jaramillo

**Estrategia Interinstitucional en el Asesoramiento de la Línea de Investigación y
Formación en Pedagogía Hospitalaria entre la Fundación Cardioinfantil –
Instituto de Cardiología (Colombia) y Fundació Bosch I Gimpera – Universitat
de Barcelona (Reino de España).**

Investigadora Principal

Verónica Violant Holz

Miembros del Grupo de Investigación:

Jaime Aurelio Céspedes Londoño

María Paula Céspedes García

Sarah Muñoz

Josep Perapoch

Versión ampliada y corregida

Bogotá, 2019

Contenido

Resumen y Palabras claves	vi
Abstract and Key words	vii
Agradecimientos	viii
Reconocimiento de créditos	ix
Consideraciones éticas	x
Introducción	1
Planteamiento del problema – <i>‘Nacer demasiado pronto’</i>	3
Respondiendo a la problemática – <i>Hasta dónde somos responsables</i>	4
Formulación del Problema – <i>Implicaciones para este estudio</i>	5
Marco Teórico – <i>El saber que otros aportan</i>	7
Humanización en Neonatología – <i>Un nuevo prototipo del cuidado neonatal</i>	7
Cuidados Centrados en el Desarrollo – <i>Reflexiones sobre la esencia del cuidado del RN</i>	9
Implicaciones para la Unidad	9
Regulación y control del Macro – ambiente	10
Ruido y contaminación acústica	10
Luz e iluminación ambiental	12
Regulación y control del Micro – ambiente	13
Cuidado postural y contención del prematuro	13
Manipulación	13
Manejo del dolor	14
Leche materna	15
Método Canguro	16
Beneficios del método Canguro	17
Integración de la familia	17
Estrategias de acompañamiento para las familias en la UCI neonatal	18
Vinculación afectiva	18

Cuestionamientos y barreras frente a los Cuidados centrados en el Desarrollo	19
Pedagogía Hospitalaria	21
Metodología – <i>Descubriendo un modo de hacer investigación</i>	25
Formulación de la pregunta	28
Ruta de la Investigación	29
Análisis de datos	32
Muestra, participantes y criterios de inclusión	32
Temporalidad	34
Recolección de la información e Instrumentos	34
Resultados, Análisis – <i>Lo que dicen los datos</i>	36
Primera categoría de análisis: Pedagogía Hospitalaria	37
Subcategoría 1: Definición de Pedagogía hospitalaria	38
Subcategoría 2: Función de la Pedagogía hospitalaria	39
Subcategoría 3: Quiénes realizan Pedagogía hospitalaria	41
Subcategoría 4: Necesidades de las familias	42
Subcategoría 5: Necesidades pedagógicas del equipo de la UCIN	44
Subcategoría 6: Aportes de la Pedagogía hospitalaria a la mejora del servicio	46
Segunda categoría de análisis: Cuidados centrados en el desarrollo	47
Subcategoría 1: Conociendo la población	47
Subcategoría 2: Definición de Cuidados centrados en el desarrollo	50
Subcategoría 3: Aportes de los CCD a la mejora del servicio	51
Resultado de las mediciones	53
Signos vitales de los Recién nacidos	53
Intensidad de luz y ruido en la UCIN – FCI	56
Conclusiones	59
Propuestas a futuro	61
A nivel de docencia	61
En el campo de la investigación	61
En cuanto a la Unidad Neonatal	62
Referencias Bibliográficas	63

Anexos	67
--------	----

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Los 11 pasos de los cuidados neonatales</i>	8
Tabla 2 <i>Implicaciones para la UCIN</i>	10
Tabla 3 <i>Impacto del ruido ambiental en la UCIN/RN</i>	11
Tabla 4 <i>Recomendaciones para el control de la luz en UCIN</i>	12
Tabla 5 <i>Consecuencias en los Recién nacidos por el sufrimiento de dolor</i>	14
Tabla 6 <i>Población del estudio</i>	33
Tabla 7 <i>Temporalidad del estudio</i>	34
Tabla 8 <i>Definición PH después de las intervenciones</i>	39
Tabla 9 <i>Función de la PH</i>	41
Tabla 10 <i>Quiénes hacen PH</i>	42
Tabla 11 <i>Necesidades pedagógicas del RN y la familia</i>	43
Tabla 12 <i>Necesidades pedagógicas del personal- contenidos – disposición a la formación</i>	46
Tabla 13 <i>Aporte de la PH a la mejora del servicio</i>	47
Tabla 14 <i>Conociendo a la población</i>	49
Tabla 15 <i>Cuidados Centrados en el desarrollo</i>	50
Tabla 16 <i>Aporte del CCD a la mejora del servicio</i>	52

Índice de Gráficos

Gráfico 1 <i>Evaluación de frecuencia cardiaca de RN hospitalizados en UCIN-FCI antes y después de acunar a los neonatos en el nuevo nido.</i>	54
Gráfico 2 <i>Evaluación de frecuencia cardiaca de RN hospitalizados en UCIN-FCI y el tiempo (días) en el que se evidenciaron los cambios después de la intervención</i>	54
Gráfico 3 <i>Evaluación de frecuencia respiratoria de RN hospitalizados en UCIN-FCI antes y después de acunar a los neonatos en el nuevo nido</i>	55
Gráfico 4 <i>Evaluación de la saturación de oxígeno en los RN hospitalizados en UCIN-FCI antes y después de acunar a los neonatos en el nuevo nido.</i>	55
Gráfico 5 <i>Evaluación del ruido en la UCIN- FCI (Unidad de medida decibeles)</i>	57
Gráfico 6 <i>Evaluación de la luz en la UCIN- FCI (Unidad de medida Luxes)</i>	58

Resumen

La neonatología ha evolucionado conforme avanza investigación y tecnología, lo cual ha permitido una disminución en la mortalidad de los nacidos pretérmino o con enfermedades graves. Sin embargo, al mismo tiempo, existen registros de un aumento de alteraciones en el desarrollo infantil derivadas de la prematuridad, así como perturbaciones relacionadas con su estancia hospitalaria. Debido a lo anterior, en los últimos años se han producido grandes cambios en la práctica médica dentro de las unidades neonatales y la integración de la familia en el cuidado del recién nacido. La filosofía que sustenta estas acciones denominadas actualmente Cuidados centrados en el desarrollo propone la atención de las necesidades psicológicas, emocionales, sociales y educativas del recién nacido y la familia. Una propuesta a la que también responde la Pedagogía hospitalaria. En este contexto, la unidad neonatal de la Fundación Cardioinfantil ha creado estrategias encaminadas a garantizar que los recién nacidos a su cuidado tengan las mejores condiciones para la atención de sus problemas de salud. El grupo de investigación del convenio marco Universitat de Barcelona y Fundación Cardioinfantil desarrollaron una estrategia de formación e investigación para la transformación de prácticas centradas en los cuidados en desarrollo en la UCIN – FCI. A través de este estudio se espera determinar el impacto de dos intervenciones pedagógicas cuyo objetivo fue cualificar el hacer en esta unidad y fortalecer la comprensión de la introducción de procedimientos para lograr ambientes más favorables para el desarrollo de los recién nacidos.

Palabras clave: Recién nacido prematuro, Cuidados Centrados en el desarrollo, Pedagogía hospitalaria.

Abstract

Neonatology has evolved as research and technology advance, which has allowed a decrease in the mortality of preterm infants or serious illnesses. However, at the same time, there are records of an increase in alterations in child development due to prematurity, as well as disturbances related to their hospital stay. Due to the above, in recent years there have been major changes in medical practice within neonatal units and the integration of the family in the care of the newborn. The philosophy that sustains these actions currently called Care centered on development proposes attention to the psychological, emotional, social and educational needs of the newborn and the family. A proposal to which Hospital Pedagogy also responds. In this context, the neonatal unit of the Fundació Cardioinfantil has created strategies aimed at ensuring that newborns in their care have the best conditions for the care of their health problems. The research group of the framework agreement Universitat de Barcelona and Fundació Cardioinfantil developed a training and research strategy for the transformation of practices focused on developing care in the NICU - FCI.

Through this study it is expected to determine the impact of two pedagogical interventions whose objective was to qualify the work in this unit and to strengthen the understanding of the introduction of procedures to achieve more favorable environments for the development of newborns.

Key words: Premature newborn, Care focused on development, Hospital pedagogy.

Agradecimientos

Cuando se llega al final de un largo recorrido, puedes ver lo importante que ha sido la presencia y el apoyo de los tuyos: familia, compañero de vida y amigos.

Gracias a Dios por la vida, por cada caricia, gracias por estar a mi lado siempre, por sostener mi mano en los momentos difíciles, por sus cuidados para no perder el rumbo en medio de la tentación de abandonar.

Agradezco a mi familia y a mi compañero de aventuras, quienes me han enseñado que rendirse no cabe en nuestra filosofía de vida, a ustedes que me han demostrado innumerables veces... “que ser más fuerte mientras más duro es el reto es el camino para alcanzar el éxito”.

A Santa Martha por poner ángeles en mi camino, a Patricia Correa por subirse en esta aventura y navegar conmigo enfrentado altas mareas, sin dejarme caer, por su enorme sabiduría, por su apoyo incondicional, sin ella este trabajo no hubiera sido posible; gracias por la paciencia, por motivarme a seguir cuando todo era oscuridad, por enseñarme que con amor todo es posible, gracias por acogerme en el seno de su familia y hacerme sentir parte de ella, mil y mil gracias.

A María Paula Céspedes por darme la oportunidad de conocer la Pedagogía hospitalaria y los Cuidados centrados en el desarrollo, por acercarme a este maravilloso mundo, por su ayuda durante la realización de este proyecto.

A la doctora Gloria Troncoso, gracias por ser mi mentora, por su dedicación, por su entrega y por enseñarme que pese a las dificultades hay que seguir adelante, por mostrarme que vale la pena luchar por los sueños.

Por último y no menos importante quiero agradecer a la jefe Trinidad Infante por su entrega y dedicación en la programación de grupos focales, de igual forma al staff de la Unidad de cuidados intensivos neonatales de la Fundación Cardioinfantil, por abrir su corazón y permitir que con su

participación se lograra llevar a cabo esta investigación. A todos y cada una de las personas que han participado en este proceso, muchas gracias.

“soy fiel a la idea que...

los retos se consiguen trabajando” anónimo

Reconocimiento de créditos

La presente investigación se realizó en el convenio Marco 001 realizado entre Fundación Cardioinfantil y la Universitat de Barcelona para el asesoramiento en la formación y la investigación en Pedagogía Hospitalaria para pediatría y neonatología, con vigencia desde el año 2017. En el marco de dicho convenio se realizan una serie de acciones de base, una de las cuales representa la organización de Simposios en Pedagogía Hospitalaria que se construyen sobre la base de una investigación previa enfocada en determinar las “necesidades de formación de los profesionales en torno a la Pedagogía Hospitalaria”. Dichos Simposios se construyen de manera anual, con los contenidos y recogida estandarizada de datos de la investigación del convenio. Las acciones realizadas para dicho fin son responsabilidad de los investigadores principales del convenio: por la Universitat de Barcelona la Dra. Verónica Violant (Investigadora y directora del Grupo de Investigación en Pedagogía Hospitalaria y del departamento de Didáctica y Organización Educativa), Dr. Joseph Perapoch (Investigador) y Sarah Muñoz (Investigadora) y por la Fundación Cardioinfantil el Dr. Jaime Céspedes (Investigador y Director del Hospital Pediátrico) y María Paula Céspedes (Investigadora y Coordinadora de Pedagogía Hospitalaria).

La base del contenido del desarrollo de la siguiente investigación pertenece al grupo de investigación consolidado, por lo que la publicación de los presentes resultados deberá tener el aval de dicho grupo interinstitucional incluyéndose como autores a los miembros del grupo. Cualquier tratamiento de los datos requiere también el acuerdo bilateral de las partes para la realización de manejo de datos. Esto según lo acordado en el artículo 8 del convenio: “Acuerdo de Colaboración entre la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología y la Universitat de Barcelona” en el que se estipula la obligación de secreto como:

Ninguna de las partes puede difundir, bajo ningún aspecto, las informaciones científicas o técnicas pertenecientes a la otra parte a las que hayan podido tener acceso en el desarrollo de las actividades objeto de este convenio. Ambas partes se comprometen a que todo el personal participante en las actividades conozca y observe el compromiso de confidencialidad regulado por esta cláusula.

El siguiente esfuerzo de indagación se propuso conocer el impacto que dos intervenciones específicas realizadas en el marco del convenio de formación en la línea de pedagogía hospitalaria para neonatología con la UCIN – FCI:

1. Taller presimposio realizado al personal de la UCIN-FCI y facilitado por el doctor Josep Perapoch, Phd (neonatólogo) y las enfermeras y doctoras Estrella Gargallo y Leticia Bazo, especialistas en Cuidados centrados en el desarrollo.

2. El otro momento pedagógico fue el II *Simposio Internacional en pedagogía hospitalaria “Aprendiendo de los Bebés” una mirada a los aportes actuales para el cuidado neonatal integral, una experiencia desde el aprendizaje colaborativo*, en el que participaron estos mismos profesionales junto a otros doctores y especialistas (anexo 6. Programa del II Simposio), ambos realizados en el mes de octubre de 2018.

Dichas intervenciones se dan dentro del marco del convenio y colaboración establecido por la FCI y la Universidad de Barcelona.

La construcción de los instrumentos de evaluación de la intervención pedagógica se realizó por el equipo del grupo de investigación del convenio marco y el producto resultante del presente trabajo es un análisis posible de los datos obtenidos por la investigación.

Consideraciones éticas

Este estudio siguió los principios esenciales de la ética médica: No maleficencia y beneficencia. Durante su realización se veló por la privacidad, el respeto y la autonomía de los participantes. La información obtenida en las entrevistas, grupos focales, observaciones y encuestas sólo ha sido utilizada para los fines de la presente investigación y eliminados una vez terminado el proceso. Los nombres de los participantes no han sido divulgados.

Introducción

Durante décadas profesionales de la salud del área de la neonatología se han preocupado y dedicado al cuidado de los recién nacidos abarcando aspectos preventivos, de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que los aquejan. Incluso se han habilitado espacios hospitalarios dedicados a la atención de estos recién nacidos que vienen al mundo con complicaciones o nacen antes de tiempo y requieren de cuidados especiales. En los últimos años se han producido grandes avances tanto tecnológicos como de conocimiento para la asistencia del recién nacido que han permitido no solo garantizar la supervivencia del bebé, sino también optimizar su desarrollo.

El recién nacido es un individuo que se encuentra en pleno proceso de desarrollo, es un ser necesitado de los cuidados maternos. Ahora, el recién nacido prematuro es más vulnerable, con una fragilidad mayor y una dependencia no solo de los cuidados maternos, sino de las intervenciones de equipos de salud especializados.

Al nacer pretérmino, el hábitat natural (útero de la madre) se transforma en una unidad de cuidados intensivos, lo que produce cambios en las condiciones de estar y de evolución del niño que pueden alterar el proceso de desarrollo normal. Por lo anterior, la Atención Integral en Neonatología ha pretendido responder a todas las necesidades del recién nacido antes del término o enfermo, ya sean físicas o biomédicas, así como las psicosociales y de relación, implementado un modelo de atención definido como Cuidados Centrados en el Desarrollo, el cual comprende un conjunto de intervenciones médicas y de enfermería, enfocadas en la disminución del estrés y el sufrimiento del recién nacido prematuro, favorecer su desarrollo neurológico y emocional, así como facilitar la integración de la familia en el cuidado del neonato. (López y Pallas 2014).

Igualmente, al considerar aspectos como las necesidades psicológicas, emocionales, sociales y educativas en el cuidado del recién nacido y su familia, se ha hecho imprescindible ir de la mano de la Pedagogía Hospitalaria como una “Acción psicopedagógica que garantiza los principios éticos y los derechos del ciudadano en situación de enfermedad y convalecencia, y de

su familia, lo que mejora el bienestar físico, mental y social a lo largo de la vida del niño”. (Violant, 2013, p.282).

Es en estos dos ámbitos en los que se inscribe el interés de la dirección del Hospital Pediátrico, la dirección del servicio y el equipo de profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Fundación Cardioinfantil, quienes se han centrado en el aprendizaje y la aplicación de estrategias encaminadas a garantizar que los recién nacidos a su cuidado tengan las mejores condiciones para la atención de sus problemas de salud.

A través de este estudio se espera determinar el impacto de una intervención pedagógica dada dentro del Convenio FCI y Universidad de Barcelona y específicamente para apoyar este interés tuvieron dos momentos: un taller sobre la Teoría de la organización del comportamiento y regulación del sistema motor (postura y nidación de los RN en UCIN) a cargo del doctor Josep Perapoch, las enfermeras y doctoras Estrella Gargallo y Leticia Bazo, cuyo objetivo fue cualificar el hacer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Fundación Cardioinfantil y fortalecer la comprensión de la introducción de estrategias para lograr ambientes más favorables para el desarrollo de los recién nacidos en la unidad.

Este estudio también quiere hacer evidente la necesidad de líneas de investigación, enfoques aplicados, y esfuerzos institucionales que permitan llamar la atención respecto a la importancia de la implementación de Cuidados Centrados en el Desarrollo en las unidades neonatales del país, y el papel que juega la Pedagogía Hospitalaria a este propósito.

Planteamiento del Problema - *Nacer demasiado pronto*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como recién nacido prematuro a todo aquel nacido antes de alcanzar las 37 semanas de gestación. Además, dicha organización señala a la prematuridad como la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos y la sitúa como la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años en el mundo. (Jorrín y Ruiz, 2017/2018 p. 4)

También señala que la incidencia de este suceso está directamente relacionada con el desarrollo económico del país en donde estos nacimientos tengan lugar.

De otra parte, en su Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros – *Nacidos Demasiado Pronto*, la OMS estima que “Cada año nacen unos quince millones de prematuros y esta cifra va en ascenso, sobre todo en África (con un porcentaje del 60%), Asia y los países de América como Estados Unidos y Brasil”. (OMS, 2012 p.12).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas establece que:

Colombia es uno de los países del mundo en donde mayor número de casos de nacimientos antes de término se presentan; pues mientras que en la mayoría la relación de nacimientos prematuros es 1 de cada 10 en nuestro territorio es el doble, con un porcentaje del 12% de menores de 37 semanas. Por regiones, Bogotá-Cundinamarca es donde más casos de niños prematuros se presentan, seguido por Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Bolívar. (DANE, 2017 p. 52).

La prematurez es una condición clínica que ocasiona grandes problemas para la salud de este nuevo ser debido a su vulnerabilidad biológica produciendo problemas a nivel físico que puede conducirlos a la muerte, así como problemas a nivel neurológico que se traducen en dificultades de integración visual-motora, del lenguaje, cognitivas, de relación social y afectiva, y en bajos niveles educativos a mediano y largo plazo.

Es por esto por lo que la prematurez constituye un problema de salud pública de grandes proporciones, debido al aumento de la morbimortalidad que genera, y al incremento de costos sociales y económicos derivados de su atención.

Las causas de la prematurez son muy diversas, entre ellas intervienen agentes biológicos y otros que pueden ser originadas por el sector salud y por otro lado aspectos sociodemográficos ocasionados por factores ambientales, económicos, sociales entre otros, lo cual hace que el manejo y la prevención de la prematuridad sea tema obligado de atención y legislación en todos los países.

Pese a los múltiples avances tecnológicos y terapéuticos en los últimos treinta años en el campo de la neonatología que han aumentado la supervivencia de los prematuros; el número y la incidencia de las secuelas, fundamentalmente neurológicas, a mediano y largo plazo derivadas de este proceso continúan siendo elevadas.

Respondiendo a la problemática – Hasta dónde somos responsables

Conscientes de las implicaciones que se derivan de la labor de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) por garantizar la supervivencia de estos nacidos pre término y dentro del movimiento general en salud de Humanización de la atención a todos los pacientes, se propone una filosofía denominada **Cuidados Centrados en el Desarrollo** del recién nacido hospitalizado y su familia, que busca proteger al recién nacido de los efectos negativos que el ambiente de las Unidades de cuidados intensivos neonatales producen en su desarrollo.

El objetivo es atender tanto los asuntos críticos biomédicos, como los requerimientos a nivel neurosensorial y emocional del neonato. Para esto se definen diversas intervenciones destinadas a controlar el macro ambiente (el ruido y la luz), el microambiente (el cuidado postural y la manipulación), así como a fomentar la lactancia materna y el método canguro. Intervenciones que hasta el momento han corrido a cargo fundamentalmente del personal de salud de las UCIN, quien tiene el papel de lograr un equilibrio entre el cuidado científico y el aspecto humano. (Pallás, 2014).

En este movimiento y contexto, la UCIN de la Fundación Cardioinfantil (FCI) de Bogotá se ha caracterizado por atender integralmente las necesidades de sus pacientes brindando la más avanzada tecnología y un equipo de alta calidad humana y profesional comprometido con el cuidado del recién nacido y su familia.

Igualmente se ha preocupado por conocer y aplicar los instrumentos y las estrategias resultado de la evolución científica mundial, de forma que pueda integrar los beneficios

obtenidos en los sitios de referencia (disminución de estancias hospitalarias, mejoría neuroconductual, ambiente físico). A esta dinámica responde el interés por socializar la filosofía de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) a través de simposios y talleres con el propósito de enriquecer el conocimiento del personal de la salud en este modelo de atención, no solo para su propio servicio de UCIN, sino para promover esta filosofía del cuidado y la atención a otras unidades neonatales en el país, de modo que se pueda comenzarse a dar respuesta al grave problema de morbilidad derivado del nacimiento prematuro y la estancia en cuidados intensivos.

Formulación del Problema – Implicaciones para este estudio

Comprendidas las implicaciones que tiene para la vida de los niños y sus familias el nacer prematuramente, las responsabilidades que se generan para la sociedad y para los organismos asistenciales del Estado, la dimensión de la problemática de los nacimientos pre término en Colombia y la tendencia en aumento a nivel mundial de esta población, se torna imprescindible investigar, conocer y aplicar modalidades de intervención que disminuyan el impacto en el desarrollo de los *nacidos demasiado pronto*.

Una de éstas y como ya se mencionó son los cuidados centrados en el desarrollo, los cuales no exigen grandes inversiones y las acciones que propone son en su mayoría, de fácil implementación. Sin embargo, estudios realizados sobre las barreras para su incorporación señalan como dos grandes temas la formación del personal de salud de las UCIN y sus resistencias para el cambio de modelo.

En respuesta a estas circunstancias, el apoyo interdisciplinar brindado por la Pedagogía Hospitalaria (PH) se identifica como una de las alternativas que mayor efecto puede lograr en la promoción del cambio. Por tanto, es necesario conocer cuál puede ser realmente su impacto, y qué estrategias y cuáles herramientas se pueden desplegar desde esa disciplina, para lograr el propósito de capacitar y comprometer a los equipos de salud de las UCIN con la introducción del modelo.

La dirección del Hospital Pediátrico de la Fundación Cardioinfantil viene desarrollando un programa de pedagogía hospitalaria que busca llegar a impactar la unidad neonatal hacia el logro de la atención más integral y de la mayor calidad para sus pacientes neonatos. De allí que

haya definido dos intervenciones desde este programa en el marco del convenio de FCI y la Universidad de Barcelona para el segundo semestre de 2018, y requiere conocer la influencia que pudieron tener en el equipo en su saber y en su hacer en el servicio.

La relevancia de este estudio a su vez responde al interés de los mismos profesionales de la salud de la UCIN de la Fundación por contar con procesos formativos para cualificar su intervención y, al mismo tiempo, contribuir a la generación de referencias acerca de la percepción de médicos y enfermeras relacionadas con la aplicación de los CCD. Por tanto, este estudio busca constituirse una línea de base y referencia para próximos esfuerzos investigativos.

Marco Teórico - El saber que otros aportan

Circunscriben este ejercicio de investigación dos disciplinas: la neonatología y la pedagogía hospitalaria. Específicamente, y desde el punto de vista médico de atención a los recién nacidos (RN) prematuros y con enfermedades de alto riesgo, se considera el modelo de los Cuidados centrados en el desarrollo que ha demostrado beneficios en desarrollo neurológico y físico del RN y como una de sus ventajas el hecho de que para su puesta en marcha no se requiere de grandes recursos económicos.

La otra área de conocimiento y acción que guía este trabajo es la Pedagogía Hospitalaria aplicada a la neonatología y, en este espacio, dirigida tanto a los pacientes y sus familias, como al equipo de profesionales de la UCIN. Abordemos los elementos más importantes a este estudio de dichas disciplinas.

Humanización en Neonatología –

Un nuevo prototipo del cuidado neonatal

Las unidades de cuidado intensivo neonatal son unidades especiales donde se atiende pacientes críticamente enfermos que necesitan cuidados especializados; estas unidades han tenido grandes avances no solo a nivel tecnológico sino también en aspectos técnicos referidos a la atención y su calidad, siendo los profesionales de la salud los encargados de promover en la vivencia de cada hospitalización el apoyo no solo al RN, sino también a su familia.

La atención al niño en el ámbito de la salud ha estado estrechamente ligada a las concepciones socioculturales sobre la infancia que se han propuesto en los diferentes momentos históricos. En las últimas décadas ha ganado gran importancia el impacto emocional sobre el RN y su familia y es por ello por lo que se está intentando labrar un camino hacia lo que se ha llamado humanización de la atención, bajo la premisa de que el RN prematuro es reconocido como ser humano que interacciona con su medio, se comporta de una forma coherente a su edad gestacional, situación ambiental, estado biológico y momento social.

Siguiendo esta línea, en 1993 la revista *Pediatrics* publicó un artículo llamado *Los principios del cuidado centrado en la familia*, el cual es considerado como el primer artículo publicado en dicha revista, escrito por la madre de un RN prematuro, Helen Harris quien, con un equipo de médicos, enfermeras y padres, introducen el concepto de que el recién nacido está integrado en una familia, lo que generó un cambio de actitud en las unidades de cuidados intensivos neonatales, incorporando a la familia y especialmente a la madre en el cuidado del RN.

Continuando con esta visión, Adik Levin crea un movimiento basado en la humanización de los cuidados en neonatología, partiendo de la convicción de que los derechos de los niños prematuros debían ser considerados y respetados. Con este fin, en 1999 se puso en marcha la llamada “Iniciativa de la Humanización de los Cuidados en Neonatología” basada en 11 pasos para mejorar los cuidados médicos, pues consideró que los conceptos presentados en la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” no eran suficientes para los recién nacidos ingresados en las unidades neonatales. Los 11 pasos propuestos por Levin son los siguientes:

Tabla 1 Los 11 pasos de los cuidados neonatales

1	La madre debe poder permanecer con su niño enfermo las 24 horas del día.
2	Cada miembro del equipo de salud debe atender a la madre y al niño, y ser capaz de enfrentar sus aspectos psicológicos.
3	El equipo de salud debe promover la lactancia natural en cada madre y estar entrenado en las técnicas de extracción de leche materna.
4	El estrés psicológico de la madre debe ser aminorado durante el período de tratamiento.
5	Salvo indicación médica, sólo se debe alimentar a los recién nacidos con leche materna
6	Si el niño está imposibilitado de succionar, se debe alimentar por sonda con leche materna y de preferencia por su madre
7	La cantidad de exámenes y de análisis de laboratorio deben reducirse al mínimo
8	El contacto madre-hijo piel a piel o aire a aire deben ser utilizados tanto como sea posible, reduciéndose el equipamiento tecnológico al mínimo indispensable
9	Las terapias agresivas deben reducirse al mínimo.
10	La madre y el niño deben ser considerados como un sistema psicosomático cerrado. Los controles del equipo médico deben focalizarse no sólo en el recién nacido, sino también en las necesidades de la madre (incluyendo ginecólogo y otros especialistas)
11	Miembros sanos de la familia (padres, abuelos, otros involucrados) deben ser autorizados a visitar al recién nacido y su madre durante una hospitalización prolongada

Elaboración propia a partir de Vieira M. (2012).

Cuidados Centrados en el Desarrollo –

Reflexiones sobre la esencia del cuidado del Recién nacido

La Real Academia de la Lengua define filosofía como el “Conjunto de saberes que busca establecer, de manera racional, los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad, así como el sentido del obrar humano”, es por esto que los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD), se consideran una filosofía, pero ellos son también y ya en la cotidianidad del servicio, una serie de lineamientos médicos y de enfermería que deben seguirse para disminuir el estrés y el sufrimiento del recién nacido (RN), con el objetivo primordial de favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional.

Factores como la iluminación, el ruido, su estar en la incubadora, las manipulaciones (desde las simples para cambiar un pañal hasta las más complejas para realizar algún procedimiento), la sensación de hambre, de frío, de dolor, la separación de la madre que ha sido su continente, cobra gran importancia en el cuidado del neonato, debido a que uno de los pilares de esta intervención es tratar en su multidimensional al recién nacido prematuro.

Por tanto, estas acciones consideran tanto el macro ambiente de la unidad, especialmente en lo referente a la intensidad de la luz y del ruido, como a la optimización del microambiente, y en este sentido tienen que ver con el posicionamiento del RN en la incubadora, el tratamiento de su dolor, el favorecimiento de la lactancia materna y el método canguero.

“Dichas intervenciones tienen como propósito conseguir un entorno lo más parecido posible al útero materno y controlar el impacto del mundo extrauterino”. (Pallás 2014 p. 67)

De otra parte, los CCD enfatizan las intervenciones sobre la familia con el propósito tanto de promover su papel como cuidadores principales del RN, como de favorecer la construcción del vínculo.

Implicaciones para la unidad

El cambio de un modelo de atención tradicional a un enfoque centrado en el desarrollo supone una transformación en la cultura y filosofía de cuidados en los servicios de neonatología, lo cual implica el conocimiento de la conducta y las necesidades de los RN más allá de las netamente

médicas; requiere brindar cuidados actualizados, eficaces y seguros, así como cambios en las intervenciones que se llevan a cabo y adecuaciones grandes y progresivas en la unidad entendida como un sistema. (Ginovart G. 2010) Dichas transformaciones abarcan los siguientes componentes.

Tabla 2 Implicaciones para la UCIN

La estructuración del entorno
El cuidado y tratamiento del bebé
El apoyo y atención a la familia
El desarrollo profesional del equipo asistencial

Elaboración propia a partir de (Ginovart G. (2010)

A continuación, se muestran las diferentes intervenciones dirigidas a optimizar el macro ambiente, el microambiente, y la integración de la familia en el proceso de cuidado del RN en las UCIN

Regulación y Control del Macro Ambiente

Dentro del periodo crítico del desarrollo y maduración cerebral, la percepción sensorial generada en la UCI es un elemento fundamental porque ocasiona una serie de estímulos constantes e inapropiados, pudiendo considerarse como un potencial elemento causante de enfermedades iatrogénicas en el RN. Es por ello por lo que los CCD crearon estrategias dirigidas a minimizar los efectos producidos por el macro ambiente siendo el ruido y la luz sus componentes principales.

Ruido y Contaminación Acústica

La OMS 2012 define el ruido como “sonido desagradable, sonido no deseado, perjudicial, perturbador o dañino para quien lo percibe”. (p.112)

En el mundo, el incremento del nivel de ruido en las UCIN es un evento que se ha evaluado desde hace ya varias décadas, debido a la exposición continua a la que se enfrenta el RN desde el nacimiento. Este sonido desagradable proviene de los equipos médicos usados para

la monitorización y tratamiento de los neonatos en la unidad, al igual que de la actividad constante del personal.

Dichos ruidos, especialmente aquellos más agudos, pueden provocar daño en las estructuras del oído, pudiendo dar lugar a una pérdida auditiva irreversible (hipoacusia), la cual logra afectar la adquisición del lenguaje y generar por tanto un impacto negativo en el ámbito relacional social, cognitivo y educacional, lo que conlleva a ocasionar aislamiento.

Por otro lado, niveles elevados de ruido pueden dar lugar a hipoxemia, bradicardia, hipertensión intracraneal, hipertensión arterial, estrés, conductas desorganizadas y desadaptativas, además de alteraciones metabólicas debido al aumento del consumo calórico a través de glucosa y alteraciones hormonales. La alteración del patrón de sueño, la irritabilidad y las alteraciones gastrointestinales son otros signos producidos por causa del aumento del ruido.

Es por esto por lo que la Academia Americana de Pediatría (AAP,1997) establece un nivel de sonido seguro en las UCIN de 45 decibeles (dB) (durante el día) y 35 dB (durante la noche). Cuando el sonido se sitúa por encima de los 77 dB los recién nacidos perciben este estímulo como una situación dolorosa.

En la siguiente tabla se muestran ejemplos de algunas prácticas en las unidades de cuidados intensivos neonatales que superan ampliamente los niveles recomendados de ruido.

Tabla 3 Impacto del ruido ambiental en la UCIN

Parámetros	Decibeles
Voz normal	50 – 60
Motor de la incubadora	50 – 86
Alarmas	45 – 86
Abrir la ventanilla de la incubadora	92
Abrir o cerrar la puerta inferior de la incubadora	110 – 116
Apoyar los teteros sobre la incubadora	92 – 116
Golpear la incubadora	130 – 140

Tomado de: Villoldo (2017 p. 1)

Luz e Iluminación Ambiental.

“El sentido de la vista es un complejo neurológico por medio del cual podemos identificar, interpretar y comprender, el cual está relacionado con la audición, la coordinación y el equilibrio, siendo el último sentido en madurar en los recién nacidos”, (Bello Rovira et al., p.45) lo que convierte a los RN prematuros en personas mucho más sensibles a los estímulos luminosos.

La exposición continua y excesiva a la luz ocasiona diversos cambios en el organismo dando lugar a alteraciones del ritmo circadiano, un mayor riesgo de sufrir retinopatía del prematuro, así como disminución de la saturación de oxígeno. Por tanto, es de gran importancia su regulación en la UCIN de gran importancia en las UCIN su regulación, estableciendo así ciclos de luz y oscuridad lo cual tiene efectos benéficos en el RN traducidos en un aumento de los periodos de sueño, mayor ganancia de peso y una mejor adecuación de sus patrones de comportamiento.

Debido a lo anterior la AAP recomienda una iluminación inferior a 60 lúmenes en el cuidado perinatal en las UCIN, incluso durante la realización de las técnicas y procedimientos, sin embargo, la Sociedad Española de Neonatología lo sitúa en un rango entre 10 y 600 luxes. (Pallás 2016. p. 119) lo cual llama la atención en este estudio y se presenta como un dato a seguir.

Con el fin de conseguir un control sobre aquellos estímulos luminosos que influyen en el desarrollo del recién nacido se proponen las siguientes medidas:

Tabla 4 Recomendaciones para el control de la luz en UCIN

Individualizar el uso de la luz a cada niño con el fin de ajustar el nivel de ésta según la madurez y estabilidad de cada niño.
Emplear siempre que sea posible luz natural en vez de focos o luces brillantes que inciden de forma directa sobre los niños, caso en el que se recomendaría tapar los ojos del niño.
Cubrir las incubadoras con cobertores que impidan el paso de la luz.
Colocar cortinas en las ventanas de la sala que permitan regular el nivel de luz que entra para evitar los cambios bruscos de iluminación.

Elaboración propia siguiendo a Agra Varela et al. (2014 p.175)

Regulación y Control del Microambiente

En el microambiente se encuentran aquellas medidas que inciden directamente en la modificación de la estructura orgánica del RN, como las manipulaciones, la contención, la postura, el dolor y su manejo. Estas acciones deben estar presentes durante la realización de cualquier actividad con el recién nacido por parte de los enfermeros, médicos y terapeutas de la UCIN.

Cuidado Postural y Contención en el Prematuro

Lograr un adecuado posicionamiento del RN se ha convertido en un factor importante dentro de sus cuidados debido a los efectos producidos sobre la formación de las articulaciones, del cráneo y de la curvatura de la columna vertebral.

Uno de los factores de riesgo derivados de la prematurez es el salto de la etapa de flexión máxima alcanzada en el último trimestre del embarazo, este salto genera un incremento en la plasticidad músculo esquelética y facilitando que los RN puedan adoptar las posturas en las que los profesionales los colocan que no siempre son las adecuadas.

“El prematuro debe estar en una postura fisiológica: con la cabeza en posición neutral, el tronco recto y los miembros inferiores flexionados. Con esta posición, el neonato se encuentra en la línea media, facilitando así la actividad mano-cara-boca, lo cual favorecerá su autorregulación”. Vaivre-Douret y Golse B (29) (citado por Acuña J et al, 16 p.31-33).

Siguiendo a estos autores, es de gran importancia que los RN cuenten con una contención a nivel cefálico, podálico y lateral con el fin que se establezcan límites tal como ocurre dentro el útero materno, de modo que pueda realizar cambios posturales, generando a su vez la sensación de seguridad y con ello favoreciendo su autorregulación.

Existen diferentes dispositivos que pueden ayudar a posicionarlos, entre ellos cabe destacar los Nidos y Rollos, los cuales son unas almohadas moldeables que permiten controlar la postura del neonato y darle contención. (Ruiz, 2016, p. 61-70).

Manipulación

Las unidades neonatales se han caracterizado por contar con un equipo interdisciplinar para la atención de los RN, es por ello que se ven expuestos a numerosas intervenciones durante el día, debido a esto se crearon las Técnicas de Mínima Manipulación (TMM) definidas como medidas

establecidas en las UCIN para atender a un recién nacido en condiciones adecuadas, sin agredirlo y evitando complicaciones sobreañadidas, lo cual hace referencia a agrupar las intervenciones que haya que realizar y llevarlas a cabo en un mismo momento, preferiblemente en estados de vigilia, lo que impacta de manera positiva en el RN disminuyendo su estancia hospitalaria así como mayor número de horas de sueño, ganancia más rápida de peso y, por lo tanto, menor aparición de complicaciones y secuelas (Peña, 2018, p. 19-36).

Manejo del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en término de dicho daño”. (Sola, D, 2016. p. 129-144.)

Algunos estudios han demostrado que la primera causa de dolor neonatal es resultado de las pruebas diagnósticas y/o terapéuticas a los que estos RN son sometidos, lo cual provoca ansiedad y sufrimiento.

En este orden de ideas se crearon medidas preventivas no farmacológicas, las cuales se utilizan cuando la intensidad del dolor se encuentra en límites bajos y/o medios, contrario a esto, ante la presencia de una alta intensidad de dolor se crearon medidas farmacológicas quedando de manifiesto la necesidad de prevenirlo, atendiendo el principio de no maleficencia (Ruiz 2016, p 8)

Ante la presencia de dolor en RN puede experimentar cambios en su comportamiento tales como:

Tabla 5 Consecuencias en el RN por el sufrimiento de dolor

Efectos de la experiencia dolorosa a corto plazo	Efectos de la experiencia dolorosa a largo plazo
Llanto – agitación	Desordenes de aprendizaje
Alteraciones gastrointestinales	Desordenes del comportamiento y personalidad
Vasoconstricción	Respuestas afectivas-funcionales exageradas ante estímulos posteriores
Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria	
Aumento del riesgo de infección	

Tomado de Rev. enferm CjL (2016, p 8 y 61-70)

Entre las medidas no farmacológicas más importantes se encuentran:

- **Administración oral de sacarosa:** Disminuye el tiempo de llanto, las expresiones faciales de dolor, disminuye la frecuencia cardíaca y la actividad motora. Se debe administrar una gota debajo de la lengua 2 minutos antes de realizar el procedimiento. Se puede continuar administrando gotas al neonato para conseguir una mayor concentración.
- **Succión no nutritiva (SNN):** El neonato realiza una succión seca utilizando, por ejemplo, un chupete o un dedo; o succión sin extraer líquido, es decir, con el seno vacío de la madre. Esta succión tranquiliza al prematuro y reduce el estrés y el dolor, además, favorece la ganancia de peso y la maduración gastrointestinal. Su efectividad aumenta si se combina con la administración de sacarosa.
- **Estimulación competitiva:** Consiste en dar roces suaves, golpecitos o vibraciones en la extremidad contralateral a la que se va a realizar el procedimiento, antes y después del mismo.
- **Lactancia materna:** Se trata de una de las mejores opciones, ya que involucra a la madre y elimina el llanto y los gestos de dolor.

Leche materna

La leche materna es el alimento ideal para los RN, la cual responde a las necesidades nutricionales de cada individuo. Por ello, alimentar a los prematuros con leche materna presenta múltiples ventajas:

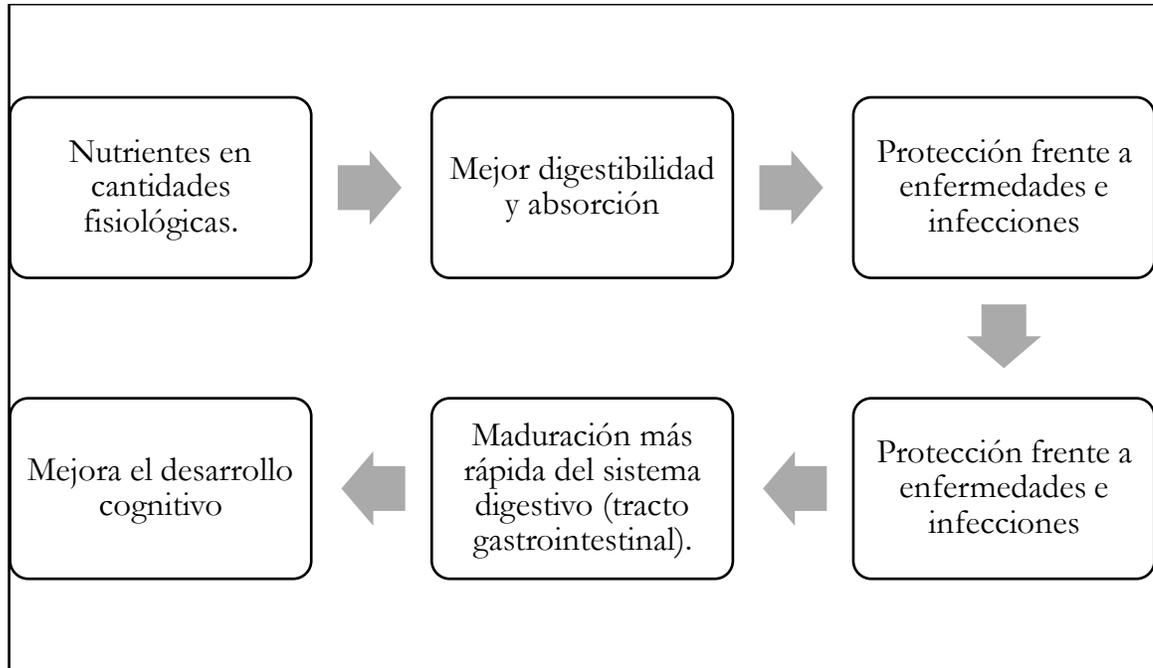


Figura 1. Elaboración Propia. Ventajas de la lactancia materna

Método Canguro

Es una técnica que consiste en brindar al RNPT y de bajo peso al nacer, óptimas condiciones para su adecuado desarrollo, tales como calor corporal materno, contacto piel a piel permanente, leche materna exclusiva y seguimiento médico. Este método se originó en 1978 con el doctor Edgar Rey Sanabria, pediatra del Instituto Materno Infantil de Bogotá (Colombia), con el acompañamiento de otros médicos, basándose en la conducta de los marsupiales. (Charpak N y Figueroa Z 1997)

Su componente principal es el contacto piel a piel entre los padres y el RN, consiste en colocar al neonato en posición vertical entre los senos de la madre o del padre y debajo de la ropa. Los padres no solo cumplen con la función de mantener la temperatura corporal del niño, reemplazando a las incubadoras, sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación. Para su mejor implementación se requiere el uso de un soporte elástico de tela, preferiblemente de algodón, el cual ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por los cambios de posición, sirve al mismo tiempo de contención que evita el daño o riesgo de caídas (Violant, Atención Integral en Neonatología desde la pedagogía hospitalaria, 2016 pág. 159)

Beneficios del Método Canguro

Los beneficios del método canguro han sido evaluados de forma rigurosa en la revisión de Cochrane publicada en 2011 (Conde, Belizán y Díaz, 2011) y comprenden:

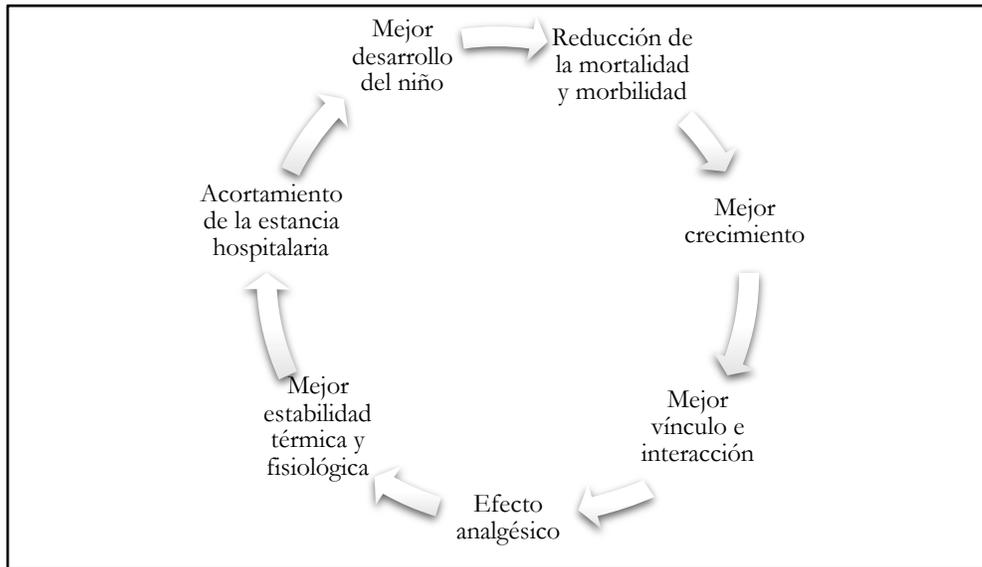


Figura 2. Elaboración propia. *Beneficios del Método Canguro*

Integración de la Familia

Los CCD consideran a la familia como la única variable persistente a lo largo de la vida del niño, por ende, la ubica como parte activa esencial en los cuidados del RN y su implicación precoz en el cuidado de los recién nacidos hospitalizados en UCIN mejora su pronóstico. (Violant, Atención Integral en Neonatología desde la pedagogía hospitalaria, 2016 p. 156)

“Sin embargo, el primer contacto que tienen los padres con la unidad neonatal genera un impacto profundamente doloroso y desorientador, el ambiente es desconocido, con mucha tecnología, y la apariencia del hijo enfermo destruye las fantasías del hijo imaginado”. (Pallás 2016. p. 117)

Por ello la contención por parte del personal de salud es fundamental en estos momentos. De modo que, es necesario establecer con la familia y desde un inicio una relación recíproca de respeto y confianza. (Violant, 2016 p. 65)

Permitir la participación activa de los padres en el cuidado neonatal, implica cambios en la estructura de las unidades, en los horarios y, sobre todo, en las actitudes de los cuidadores, que han de tomar conciencia que están atendiendo familias y no sólo recién nacidos (Moore, Coker, DuBuisson, Swett, y Edwards, 2003.p 3).

Estrategias de acompañamiento para las familias en la UCIN

Respeto por la apariencia del niño – la apariencia del bebé es una de las mayores preocupaciones de los padres sobre todo cuando ingresan por primera vez en la UCIN, por esto se recomienda: mantener al niño en una buena postura, la incubadora debe estar limpia con una adecuada ropa de cama, se deben eliminar los objetos que no se usen, ocultar los cables y dar un aspecto ordenado al entorno.

Proporcionar a los padres información consistente y real – contestar las preguntas realizadas por los padres, teniendo en cuenta que éstos bajo condiciones de estrés tendrán dificultades para absorber la información. Es oportuno que el personal de salud brinde actualizaciones sobre el estado o progreso del bebé.

Hacerles sentir que el tratamiento es personalizado – se recomienda: tener una tarjeta con el nombre del bebé y sus padres claramente impresos en la incubadora o cuna.

Las reuniones entre profesionales y padres – el objetivo de estas reuniones es crear un entorno de apoyo y confianza para los padres. (Roué J, Kuhn P, López M, et al. 2017 p 4)

Vinculación afectiva

Bialoskurski *et al.*, (1999) investigaron cómo el nacimiento prematuro y la separación materno-infantil asociada, podían afectar la relación de apego. Para los autores, en un contexto hospitalario, las primeras interacciones que se espera ocurran entre la díada madre-hijo, cambian y se convierten en interacciones de una tríada, un cuarteto o más, debido a la presencia del personal médico y las enfermeras.

Según un estudio realizado por Flacking et al 2011, las madres de los prematuros extremos presentan dificultades de interacción para con sus hijos debido a la labilidad de éste y por las propias condiciones de salud, lo cual ocasiona problemas para establecer adecuadamente el vínculo afectivo.

Desde la neurociencia, se ha constatado que el vínculo se refuerza desde el momento del parto y posteriormente con la lactancia, debido a la potenciación de los circuitos neuronales; después del nacimiento, la relación afectiva descrita se intensifica gracias a la interacción y al cuidado que los padres ofrecen a su hijo. Es por ello por lo que, desde el apego seguro, los cuidadores responden a las conductas reflejas, afectivas y condicionadas del niño, y son capaces de confortarlos cuando es necesario, de modo que éstos son reforzados en su comportamiento (Crittenden, 1995).

Cuestionamientos y barreras frente a los Cuidados Centrados en el Desarrollo

Todo lo presentado hasta este momento habla de las ventajas de la implementación de los CCD, y su beneficio ha venido siendo respaldado por numerosos artículos; sin embargo, la introducción de este tipo de cuidados no ha estado exenta de discusión desde su inicio en los años 80.

Entre los argumentos que cuestionan dicha implementación se encuentran aquellos referidos a la necesaria participación de todos los miembros del personal de salud y de sus directivas, las cuales deben tener una disposición y una mente abierta para enfrentarse a cambios no solo estructurales sino también en el hacer.

Otra situación se crea cuando estos cambios se introducen sin contar con un acuerdo mínimo de la mayoría del personal de una unidad, tal y como señalan algunos seguimientos llevados a cabo en España y en otros países de referencia (Hernández N.L 2016), donde el no consenso ha generado la aparición de barreras frente a su instauración.

Igualmente se presentan resistencias debido a que, para la obtención de mayores beneficios, se requiere de un espacio de formación en servicio, con el objetivo de lograr la comprensión y la aceptación de los cambios necesarios en las acciones cotidianas para la influencia positiva en el desarrollo físico y emocional del RN y la familia.

En relación con lo anterior, en estudios realizados para evaluar la percepción del personal de salud frente a CCD, se ha identificado resistencia a la política de puertas abiertas y a la participación de los padres en el cuidado del RN en las unidades neonatales, esto pese a que se reconoce el gran beneficio de empoderar a los padres en el cuidado de sus hijos; los

argumentos de muchos profesionales se relacionan con la percepción de que dicha participación de la familia incrementa su carga de trabajo, al tiempo que la presencia de los padres desencadena incomodidad en el personal de salud en su propio lugar de trabajo.

Otros investigadores como Harrillo y Rico en 2017 indican que no existe evidencia de que los CCD mejoren el desarrollo neurológico a largo plazo, por lo que no se puede recomendar la aplicación de CCD en su forma actual como atención estándar en RNPT. Esta afirmación contrasta sin embargo con la aclaración al final de su informe y en donde señalan que al analizar de forma aislada las intervenciones que forman parte de dichos cuidados, la mayoría de ellas se justifican desde el sentido común, la sensibilidad en los cuidados y el respeto a la familia y al RN.

Ahora, frente a posturas como la anterior, otras investigaciones identifican la importancia de la implementación de los CCD, argumentando que en muchos casos niños cuyo nacimiento fue pretérmino no presentan secuelas evidentes en el desarrollo durante la infancia temprana, pero luego al iniciar el segundo ciclo de escolaridad se pueden identificar alteraciones en las áreas de coordinación visomotora, habilidades motoras finas, lenguaje expresivo y razonamiento matemático.

El panorama así planteado, plantea la necesidad y abre un espacio para llevar a cabo futuros estudios en los que se realice un seguimiento longitudinal a los niños nacidos pretérmino, investigaciones que se prolonguen en el tiempo, de modo que puedan comprobarse unas u otras posiciones que se presentan en el momento. Trabajos de seguimiento que permitan, además, detectar si efectivamente se presentan estas secuelas en la mayoría de los niños y avancen en orientaciones y ayudas precisas para evitar el fracaso escolar temprano y la segregación producto del mismo.

Como aporte a esta línea de evaluación de los impacto de la hospitalización en UCIN y del beneficio o no de los CCD, será importante que todos los servicios de atención neonatal (con implementación o sin ella de los cuidados centrados en el desarrollo) adelanten protocolos de seguimiento a sus pacientes que no solo se centren en los aspectos médicos, sino que también brinden orientación y apoyo a la familia y al bebé, facilitando que se creen procesos de continuidad de la atención posterior al alta.

Y se propone que este esfuerzo se adelante por todas las UCIN en el país, porque como concluye un estudio realizado por López Maestro y otros en el año 2012, a pesar de que los servicios de neonatología conocen las orientaciones de los CCD, los resultados compartidos por diferentes equipos de salud e investigadores, y el mayor grado de satisfacción con el que están asociados; la realidad predominante en las UCIN no adhiere a su implementación.

Un buen número de estas unidades se caracterizan por tener un alto nivel tecnológico, que al tiempo que aumenta los factores de estrés para los RN, hacen pasar a un segundo plano el cuidado integral y holístico del paciente, despojándolo en muchas ocasiones de la parte más humana. (Jorrín y Ruiz, 2017/2018 p. 4)

Por último y en cuanto a este aspecto de cuestionamientos y barreras, el presente estudio no puede dejar de señalar que en tanto los cuidados centrados en el desarrollo son intervenciones multidisciplinares, y por lo mismo de muy difícil estandarización.

Pedagogía Hospitalaria

En *Bases de la pedagogía Hospitalaria aplicada a las etapas vitales*, (Violant, 2015), se lee: “Hablar de pedagogía hospitalaria es hablar de humanización, es hablar de derechos y consecuentemente, es hablar de bioética. [...] Hablar de derechos en el entorno hospitalario, pide citarlos bajo el paraguas de los planes de humanización”. (p 52)

Esta afirmación permite comenzar a comprender la capacidad de aportación de la Pedagogía Hospitalaria (PH) al propósito de instaurar los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de atención neonatal.

Es común encontrar referida la PH al ámbito exclusivamente pediátrico y en lo fundamental como apoyo remedial escolar a los niños y los adolescentes que por su enfermedad ven interrumpida su continuidad académica. Sin embargo, la PH es mucho más y no solo para estos pacientes sino, como los mismos profesionales del área lo confirman, para todas las etapas vitales del ser humano cuando se encuentra en situación de enfermedad, hospitalización y convalecencia.

La pedagogía hospitalaria hoy, luego de un trabajo sistemático de conceptualización y de ampliación de la práctica por parte de profesionales en el área, se plantea como una disciplina

que, ligada a los espacios de salud principalmente, contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas ingresadas y a la tarea de brindar la atención más integral por parte de las instituciones de salud a sus pacientes.

Pero aún más, siguiendo a Violant (2016), las aportaciones de la PH se encaminan a garantizar los principios éticos relacionados con la salud, los derechos como ciudadanos y como pacientes; también promueve los derechos y el conocimiento de los deberes de los familiares o cuidadores, y se encamina a brindar no solo respuesta a las necesidades psicológicas y educativas, sino al logro del mejor bienestar físico, mental y social durante la situación de enfermedad como a lo largo de la vida, al comprometerse con las acciones de educación y promoción de la salud.

Ahora, si lo anterior constituye un amplio campo de acción, la pedagogía hospitalaria también plantea su participación en los espacios de formación continuada y en servicio de los profesionales de la salud y personal general de las instituciones de salud. Para tal efecto, lleva adelante investigaciones que favorecen la intervención de médicos y enfermeras en todos aquellos aspectos no médicos pero vitales para garantizar la mejor atención a los pacientes, al tiempo que juega un papel importante en relación con la prevención y promoción de la salud y las medidas de contención emocional, afrontamiento del duelo y estimulación de acciones resilientes de todas las poblaciones en el hospital.

Todo lo anterior y su compromiso con la humanización identifica a la PH como aliada fundamental en los procesos de transformación de prácticas hacia el mejoramiento de la calidad de vida de todos en el hospital, y para el tema de esta investigación en lo referente a la implantación de los CCD en las unidades de atención neonatal.

Su fortaleza como acción educativa, en este sentido amplio del término y no solo referido a aspectos curriculares, hace posible que se constituya en agente para la difusión y la comprensión de contenidos muy diversos; lo cual significa posibilidades de inclusión para muchos que por su enfermedad o condición social han estado excluidos de la dinámica de construcción del conocimiento social.

Para el espacio específico de la UCIN, lo anterior se traduce en oportunidad de promover y acompañar a las familias de los RN en diversos aspectos de la crianza y el cuidado, y

en el establecimiento de la comunicación con sus hijos lo que contribuye a la construcción del vínculo.

Igualmente, tiene campo de acción con los RN, a través de intervenciones que permiten su reconocimiento como sujetos de derecho, como personas con grandes fortalezas para enfrentarse a su condición y con capacidades reales para comunicar y relacionarse socialmente.

Así, los pedagogos hospitalarios se constituyen en modelo relacional con los RN, especialmente para los padres que, por lo general, se muestran temerosos y aprehensivos en el acercamiento y frente al reconocimiento de las capacidades de sus hijos, pues el modo de hacer de los pedagogos hospitalarios transmite a todos en la UCIN el valor que le otorga al niño por encima de su patología, lo que al mismo tiempo contribuye a la adaptación del RN a la dinámica de la unidad (García, 2012, citado por Violant p. 28)

Pero no son solo los padres y los RN los que se ven favorecidos por la intervención de la PH en las unidades de cuidado neonatal, el personal de profesionales de estos servicios también recibe apoyo de los pedagogos en temas tan delicados como el manejo del duelo (situación permanente en UCIN), en la comprensión y aceptación de la diferencia, y en la difusión y discusión de nuevos aportes para la cualificación de la atención, tal es el caso de los cuidados centrados en el desarrollo.

Precisamente a este respecto, la dinámica interdisciplinaria de la PH en las UCIN se traduce, en gran medida, en el fortalecimiento del conocimiento y la comprensión de la importancia de introducir cambios y nuevos parámetros en la atención integral como son los CCD.

La preocupación permanente de la PH por atender a las necesidades emocionales, sociales y educativas de los pacientes, permite comprender su alcance y pertinencia en el hospital, sin embargo, esto es algo que todavía enfrenta obstáculos, especialmente en las UCIN en donde inicialmente su intervención no se ve con claridad, pues los bebés no están en edad escolar, los padres aún no conocen a sus hijos y no los visualizan con potencialidades, y los profesionales de la salud están enfocados en la sobrevivencia de estos RN que se encuentran en situación tan vulnerable.

Pero la rápida evolución de la neonatología y en los lineamientos para una atención humanizada, plantean constantes retos a los profesionales del área que deben dar respuesta

adecuada a “las necesidades emergentes de la asistencia” (Violant 2015 p 53) Para esta respuesta la disciplina de la salud cuenta ahora con los aportes que puede brindarle la pedagogía hospitalaria.

Por último, es importante precisar que el papel de educador en todos los ámbitos sociales y muy especialmente en el de la salud no es privilegio de un solo tipo de profesionales, cada una de las personas desde su saber tiene no solo la posibilidad sino el deber de jugar en la difusión del conocimiento social y aplicado. Por supuesto que con esta afirmación no se está sosteniendo que se traspasen los ámbitos especializados, ningún pedagogo hospitalario se plantea proporcionar información médica, pero con relación a otros campos de la actividad humana, todos pueden compartir contenidos puntuales ya sea porque los han investigado o experimentado.

Lo anterior lo tiene claro la PH, al reconocer que las competencias se construyen desde diferentes lugares y que todos los miembros de la sociedad actuando con responsabilidad y compromiso social, tienen la misión de ser transmisores de la cultura a los nuevos miembros de la comunidad, que son los bebés, los niños y los adolescentes.

Así entonces, es importante que se reconozca la capacidad que cada persona en el hospital tiene para desarrollar acciones de pedagogía, de contribuir compartiendo sus saberes tanto prácticos como más especializados, a fin de que todos puedan vivenciar su inclusión, su reconocimiento, su capacidad de aprender. En este sentido médicos y enfermeras que educan a los padres en cómo atender a las necesidades de su bebés y reconocer los signos de alarma; psicólogos y trabajadores sociales que participan en la construcción del vínculo de esa familia con el RN, auxiliares de enfermería que son modelo relacional con los niños, padres que reconocen las formas de comunicar de su hijo y las comparten con el personal para que responda a ellas, pedagogos hospitalarios que intervienen para el fortalecimiento de algunas de las acciones recomendadas por los CCD, son todas formas posibles de intercambiar conocimiento y fomentar el mejor estar en la UCIN.

Metodología – Descubriendo un modo de hacer investigación

Acercarse a la comprensión del impacto de intervenciones pedagógicas en el hacer cotidiano de un servicio de cuidados intensivos neonatales, remite a considerar lo que piensan, dicen y hacen los miembros del equipo de salud de esa Unidad. Se relaciona con la construcción de nuevo conocimiento por parte de estas personas a partir de los momentos de formación en los que se comparten elementos teóricos y prácticos, y de si ese conocimiento involucra o no transformaciones a nivel individual y colectivo. Igualmente se vincula al cambio o la permanencia en el decir y el hacer del día a día en la UCI con los pacientes, en el intercambio con los padres y en la dinámica entre pares.

Una investigación así difícilmente puede llevarse a cabo solo desde lo cuantitativo, modelo que orienta gran número de estudios de la práctica médica. Pues, intentar describir y comprender la experiencia vivida por las personas y lo que de esa experiencia tienen para decir ellas mismas, requiere de un modelo de investigación basado en el esfuerzo de entender acciones y conversaciones significativas en un espacio y tiempo dados.

Por tanto, este estudio ha definido como modelo el cualitativo y como enfoque el hermenéutico. Modelo o, al decir de Strauss y Corbin, “manera de pensar la realidad social y estudiarla” (2016, p, 3), y Enfoque entendido al modo de Giordani “como punto de vista fundamental con respecto al hombre y el mundo que el investigador trae o adopta con relación a su trabajo” (citado por Morse 2003 p. 149).

Modelo cualitativo y enfoque hermenéutico que han sido acogidos en gran número de investigaciones de enfermeras/os en su compromiso por compartir el conocimiento de la práctica de su disciplina.

La hermenéutica también nos sugiere y, sin duda, antes que toda otra consideración, un posicionamiento distinto con respecto a la realidad: aquel de las significaciones latentes. Se trata de adoptar una actitud distinta, de empatía profunda con el texto, con lo que allí se ha expresado a través del lenguaje”. (Baeza, M. 2002)

En este mismo camino, la presente investigación cualitativa se informa del paradigma humanista (Max Weber) y del concepto de acción social, es decir, del proceder de las personas y el sentido que éstas dan a sus experiencias, sus decisiones y sus acciones. El estudio entonces se

propone interpretar comprensivamente el hacer y el decir de los participantes en el estudio, para entender el movimiento que se produce o no luego que dos disciplinas, la neonatología y la pedagogía hospitalaria, entran en relación en la búsqueda de la cualificación del cuidado de los pacientes.

Importa pues la experiencia, la cual se produce en un espacio y tiempo determinados y en un contexto histórico que impulsa o se interpone a los procesos de cambio que como éste persiguen las intervenciones desde la pedagogía hospitalaria en el equipo de salud de la UCIN – FCI.

En este punto es necesario aclarar que el estudio sobre los textos producidos por los participantes no se realiza desde el Análisis del discurso como disciplina, ni como análisis de los Actos de habla, modos de estudio que demandan una formación especializada que la investigadora a cargo no posee; sin embargo, trata de acogerse a lo que dice Gadamer: "el sentido del texto le pertenece a él [productor], pero además a quien procura comprenderlo" (citado en Echeverría 1997:244). Así el proceso adelantado en este ejercicio ha cuidado que la interpretación responda al enfoque hermenéutico de la manera como precisa Cárcamo:

“...quien la utilice [la hermenéutica] deberá procurar comprender los textos a partir del ejercicio interpretativo intencional y contextual. Dicho proceso supone desarrollar la inteligibilidad del discurso contenido en el texto; en gran medida se trata de traspasar las fronteras contenidas en la "física de la palabra" para lograr la captación del sentido de éstas...” (Cárcamo, H. 2005.)

Es decir, interpretación y comprensión del sentido, para lo que se hace necesario que el proceso atienda a una focalización precisa respecto a lo que se desea interpretar y su contexto específico. Un contexto en el que además se tome en cuenta tanto lo histórico como lo cultural, aspectos que atraviesan la realidad vivida por los participantes en el estudio y en el que se dan las experiencias y los intercambios desde una perspectiva sistémica en la que se pueden generar cambios en el pensamiento y en el hacer individuales y colectivos.

Retomando todo lo anterior Cárcamo (2005), plantea que la comprensión de sentido “esencial de toda hermenéutica” está conformada por cuatro estructuras: Horizonte, Circular,

Diálogo y Mediación. Al respecto, se especifican a continuación los elementos que se identifican directamente relacionados con el proceso seguido en esta investigación:

Horizonte – se refiere al carácter holístico al que debe apuntar el proceso de comprensión de sentido, además desde una perspectiva sistémica (los elementos en relación con la totalidad).

Circular – para interpretar y comprender es necesario abrirse hacia los nuevos sentidos. En esta estructura entran en juego el cuerpo de experiencias tanto del sujeto que aporta su texto como de aquel que interpreta.

Diálogo – o “voluntad de apertura del sujeto que interpreta hacia los otros con la intencionalidad focalizada en comprender sus palabras”. (2005, p. 209) En una dinámica que puede tener dos formas o momentos: la presencial hablada - sincrónica y otra posterior durante la lectura del texto escrito que ha fijado el discurso y que ofrece una posibilidad de distanciamiento - diacrónica.

Mediación - importancia de tener presente en el proceso de interpretación y comprensión los elementos de contexto y temporalidad, dado que las personas están inmersas en una determinación histórica.

Las anteriores estructuras planteadas por Cárcamo se encuentran en la base del proceso de esta investigación y alimentaron el análisis en cada momento desde la recogida de los datos hasta el final en la escritura del informe final. Ahora, es importante consignar que es claro para este estudio que como bien lo dice Vattimo, “la interpretación no es ninguna descripción por parte de un observador neutral, sino un evento dialógico en el cual los interlocutores se ponen en juego por igual y del cual salen modificados; se comprenden en la medida en que son comprendidos” (Vattimo 1991, p.61- 62).

Es decir, se interpreta y se comprende también desde un lugar. De allí que la subjetividad siempre está presente, y por partida doble: en los informantes y en la persona que conoce. Por tanto, cuidar en todo momento seguir un modo de “leer” los datos (el texto de los informantes) basado en la reflexión a partir de un análisis cuidadoso, sistemático y documentado, para buscar características y relaciones significativas.

Formulación de la Pregunta

Siguiendo la recomendación del director del Hospital Pediátrico el doctor Céspedes, se acoge el modelo PICOT para plantear la pregunta. El formato PICOT (Urra, et al. 2010), cuyas siglas provenientes del inglés hacen referencia a los principales elementos que debe atender un estudio:

P- Población de interés: personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá (FCI)

I - Intervención: formación del personal asistencial de la UCIN a través de dos intervenciones desde la Pedagogía Hospitalaria (PH) centradas en los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) mediante un Taller de capacitación y del II Simposio Internacional en Pedagogía Hospitalaria “Aprendiendo de los Bebés” realizado en la FCI

C - Comparación de criterios: estado inicial del conocimiento del personal asistencial de la UCIN de la FCI y los cambios producidos después de las intervenciones.

O- Obtención de resultados: aplicación de los conocimientos a las prácticas del personal asistencial de la UCIN - FCI

T- Tiempo de estudio: desde momentos previos a la intervención hasta pasados cinco meses de la misma.

La anterior correspondencia, se contrasta con las cuatro estructuras para la comprensión hermenéutica mencionada arriba, así:

P (población – perspectiva sistémica)

I (intervención – experiencia de taller y simposio, experiencia del saber y el hacer que evoluciona)

C (comparación – diálogo – apertura a los sujetos, a su decir/hacer, que es lo que busca conocerse)

O (obtención de resultados – intelección de los elementos propios del contexto)

T (tiempo – determinación histórica)

Por tanto, y teniendo en cuenta todo lo anterior, la pregunta que orienta esta investigación es:

¿Cómo impactan en el personal de la UCIN – FCI las intervenciones pedagógicas orientadas a la implementación de los cuidados centrados en el desarrollo a partir de talleres y Simposio llevados a cabo en septiembre de 2018?

Viabilidad

Se cuenta con el consentimiento de la directora de la Unidad de Cuidados intensivos neonatal y con el director del Hospital Pediátrico de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá facilitando el acceso a la población de estudio de investigación; lo que garantiza una adecuada obtención de datos. A su vez dentro del marco y apoyada por el convenio FCI y Universidad de Barcelona.

Diseño de la investigación

Consecuentemente con la definición de investigación cualitativa, este estudio no respondió a un diseño experimental, no manipuló variables, ni trató de probar una hipótesis previa; su trabajo se basó en la descripción y la interpretación hacia la comprensión.

Inicio de exploración del campo

Dentro de las orientaciones recibidas de la dirección del programa de PH en la FCI, estuvo la realización de un sondeo acerca del conocimiento o las percepciones que el equipo de la UCIN tenía sobre algunos aspectos de CCD y específicamente sobre pedagogía hospitalaria y su relación con la neonatología, se contó con una batería de preguntas elaboradas por la doctora Verónica Violant. Esos datos contribuyeron en parte a la definición del temario para el II Simposio Internacional de Pedagogía Hospitalaria FCI – Universidad de Barcelona, cuyos objetivos fueron la socialización de los fundamentos de la pedagogía hospitalaria especialmente en Neonatología, la estrategia de cuidados centrados en el desarrollo y el fomento del aprendizaje colaborativo.

Así se lleva a cabo una primera recolección de información a través de una encuesta (Anexo 1) diligenciada por cuatro informantes y que permitió conocer conceptualizaciones e intereses de las personas con relación a estos temas. La muestra correspondió a un modelo abierto, pues en ese momento no se contaba con ninguna característica que determinara inclusión o exclusión más allá de que las personas consultadas fueran representativas del equipo de atención en la UCIN – FCI.

Investigación de la historia del servicio

Comprendiendo la importancia de contar con elementos históricos que situaran e hicieran más comprensible la actualidad de la unidad en FCI, y en la que se construye la experiencia y el pensamiento de los informantes sobre su saber y su hacer, se lleva a cabo la recopilación de información pertinente. (Anexo 2)

Notas de campo

Observación participante no formal – El privilegio de hacer parte del equipo de la UCIN le permitió a la investigadora a cargo, adelantar una mirada atenta de algunas acciones y relaciones dentro de la cotidianidad del servicio. Constituyó una oportunidad de ganar perspectiva y de fijar detalles que la actividad derivada del cargo por lo general no permite, al tiempo que comparar con los datos que entregaron los informantes. (Anexo 3)

Mediciones y Seguimiento de parámetros

Dentro de los parámetros de los cuidados centrados en el desarrollo se encuentran: lograr disminuir la iluminación y el ruido en las unidades de cuidado neonatal. Conocer cuáles eran estos valores previos a las intervenciones pedagógicas y cuáles luego de ellas permitiría un trabajo comparativo propio de la metodología seleccionada. Igualmente, conocer cuáles eran los registros de signos vitales de algunos de los RN en la unidad, también se constituyeron fuente valiosa de comparación y medida del impacto en ellos (antes y después de la implementación de estrategia de CCD). (Tablas y gráficos)

Participación en el Taller y práctica de manejo postural y contención de los RN

Dictado por el equipo de profesionales de España, el doctor Josep Perapoch (neonatólogo) y las enfermeras Estrella Gargallo y Leticia Bazo enfermeras y doctoras, todos especialistas en cuidados centrados en el desarrollo y que llegaron al país dentro del convenio y para continuar su participación en el II Simposio Internacional en Pedagogía Hospitalaria “Aprendiendo de los bebés”. La orientación y la metodología del taller lograron mover al equipo del primer turno que de inmediato introdujeron esta técnica en todas las incubadoras del servicio. Asistiendo al registro inmediato en el mejor estar de la mayoría de los pacientes de la UCIN. (Anexo 4 – Videos).

Participación en el II Simposio de PH

La investigadora tuvo la oportunidad no solo de ser asistente sino ponente y parte del grupo que tras cada jornada emprendió el análisis del movimiento generado. (Anexo 5 – Temario/Programación)

Realización de entrevistas grupales a través de la técnica de grupo focal

Pasados cuatro meses de la realización del Taller y el Simposio, y siguiendo las orientaciones de las profesoras Verónica Violant y María Paula Céspedes se conformaron tres grupos focales para dialogar a profundidad sobre los mismos aspectos que se habían tocado con el primer instrumento de encuesta. De esta manera se obtuvo información que pudo contrastarse en el análisis, al tiempo que permitió responder a la pregunta por impacto. (Anexo 6 – Guía)

En este momento la muestra respondió al modelo intensional, y en este caso los profesionales consultados respondían a la característica de haber participado en por lo menos uno de los momentos anteriores del proceso y ser representativos del equipo de la UCIN.

Nuevas medidas de niveles de Iluminación y Ruido y seguimiento de parámetros en los RN.

Posteriormente a los grupos focales se realizaron nuevas mediciones de estos indicadores de cuidado del macroambiente y del bienestar del RN. Los datos cuantitativos sirven al propósito de la investigación cualitativa como una guía de la actividad de las personas y los colectivos. (Tablas y gráficos).

Que apunta al propósito de establecer relaciones entre estos y los primeros datos para proponer una explicación en relación con la teoría y los demás datos no cuantificables.

Aplicación de nueva encuesta y una última entrevista individual

La necesaria flexibilidad implícita en la metodología cualitativa, en ese ir y venir entre los datos, la posibilidad de definir nuevos momentos de recogida de datos en el proceso y para responder a necesidades del análisis, hizo posible la definición de dos últimas intervenciones con los informantes. La primera a través de una encuesta que se centró sobre aspectos puntuales de recordación y reflexión personal sobre su participación en los eventos pedagógicos; y la segunda

por medio de una entrevista individual que consultó sobre aspectos específicos de Cuidados Centrados en el Desarrollo. (Anexos 7 y 8 - Tablas y gráficos)

Análisis de los datos, comparación y cruce con la teoría

El esfuerzo de reflexividad se lleva a cabo a lo largo del proceso, pero sin duda, una vez definido el cierre de la etapa de recolección, el trabajo se centra totalmente en la interpretación de los datos. Para esto se pasa de esa primera categorización que orientó, en este caso, la definición de temas para el Simposio a una segunda categorización iniciada por las profesoras Violant y Céspedes que preguntaba y afinaba la primera dentro de una dinámica en la que se vuelve línea por línea para tratar de encontrar datos significativos tratando de conservar el punto de vista de vista de los participantes acerca de los sucesos, para continuar con su interpretación apoyados en la teoría, las relaciones entre categorías y las subcategorías, y las comparaciones para identificar variaciones y permanencias.

Esta relación entre los conceptos lleva a la codificación y la elaboración de diagramas; es un momento en el que varios elementos para el análisis que habías pasado desapercibidos o revestidos de una importancia menor, ganan fuerza porque brindan claves para la comprensión del sentido

Por último, elaboración de un texto interpretativo en el que se muestran las relaciones y se presentan las ideas que se derivan de la comprensión del sentido de los datos.

Muestra – participantes

La población de estudio comprende los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) que actualmente trabajan en el servicio de Neonatología de la Fundación Cardioinfantil.

Criterios de inclusión

Personal de Salud de la Unidad de cuidados intensivos neonatal que asistieron al simposio “aprendiendo de los Bebés”, y /o participaron en las intervenciones pedagógicas como: Taller teórico práctico con el personal de Barcelona, encuestas, grupos focales y Entrevistas.

Tabla 6 Población del estudio

Informantes	Cargo	Tiempo vinculación UCIN-FCI
1	Neonatóloga	26 años
2	Neonatóloga	2 años
3	Enfermera	24 años
4	Residente	(Formación académica 5 años)
5	Médico Hospitalaria	1 año
6	Enfermera	3 años
7	Enfermera	3 años
8	Enfermera	11 años
9	Enfermero	3 años
10	Enfermera	10 años
11	Auxiliar de Enfermería	14 años
12	Enfermera	24 años
13	Enfermera	19 años

Elaboración Propia

Temporalidad

Se realizarán 2 momentos diferenciales de recolección de información durante el año 2018 periodo comprendido entre los meses de febrero, abril, mayo, junio, julio, agosto y septiembre.

Tabla 7 Temporalidad del estudio

Mes	Actividad a realizar
Febrero 2018	Encuestas a personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la FCI
Febrero 2018 a abril 2019	Búsqueda y lectura de fuentes bibliográficas pertinentes
Marzo 2018	Observación participante (no formal) y mediciones
Septiembre 2018	Participación en el Taller teórico práctico en el II Simposio Internacional de Pedagogía Hospitalaria <i>Aprendiendo de los Bebés</i> , en la Fundación Cardioinfantil de Bogotá - Convenio con Universidad de Barcelona y en el equipo académico que llevó a cabo la recogida de datos al finalizar cada jornada
Octubre - noviembre 2018	Observación participante y no participante
Diciembre 2018 – enero 2019	Realización de los Grupos Focales
Febrero de 2019	Entrevistas post Simposio y nuevas mediciones
Febrero – marzo 2019	Análisis y elaboración de documento

Elaboración propia

Recolección de la Información e Instrumentos de Medición

- a. Encuesta: en la cual se realizan preguntas abiertas sobre conocimiento de la Pedagogía Hospitalaria y cuidados centrados en el desarrollo (conocimiento de la población en el ámbito de la unidad neonatal).
- b. Documentación Audiovisual de Taller con personal asistencial de la unidad neonatal con Invitados de la Universitat de Barcelona

- c. Medición de Variables Iluminación y Decibeles en la unidad neonatal (antes y después de las intervenciones relacionadas con los cuidados centrados en el desarrollo)
- d. Observaciones participantes / observaciones no participantes
- e. Documentación audiovisual de la unidad neonatal
- f. Hojas rosadas
- g. Formación de Grupos focales

Fuentes documentales

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo de forma exhaustiva en las siguientes bases de datos bibliográficas electrónicas como: CUIDEN, PUBMED, SCIELO, SCIENCE DIRECT. Además, se llevaron a cabo búsquedas en buscadores (Google Académico), revistas de enfermería y búsqueda manual de artículos.

Además, se ha realizado una búsqueda en las siguientes páginas web:

- Asociación Española de Pediatría (AEP)
- Ministerio de Salud Colombiana
- DANE
- OMS

Fueron utilizadas las siguientes palabras clave o cadenas de búsqueda: Cuidados Centrados en el Desarrollo, bebés prematuros, cuidados centrados en la familia, microambiente, macro ambiente, método canguro, dolor en prematuros, UCIN; Pedagogía Hospitalaria en neonatos tanto en español como en inglés

Resultados, Análisis y Discusión: *Lo que dicen los datos*

En *Encontrar el sentido a los datos cualitativos* María Elena Ceballos (2013) afirma:

La metodología de la investigación cualitativa es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social [a lo que esta investigadora afirma que también lo es para la medicina], con el *cuidado* como objeto de estudio y de trabajo con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado. (p.7)

Más adelante en esta misma obra, Tesch citada por los autores Coffey y Atkinson señala:

[En la investigación cualitativa] el análisis es un proceso cíclico y una actividad reflexiva; el proceso analítico debe ser amplio y sistemático, pero no rígido; los datos se fragmentan y dividen en unidades significativas, pero se mantiene una conexión con el total; y los datos se organizan según un sistema derivado de ellos mismos. Como un todo el análisis es una actividad inductiva, guiada por los datos [...] es imaginativo, sagaz, flexible y reflexivo. También debe ser metódico, académico y con rigor intelectual. (p 12)

Todo un reto para la responsable de este estudio.

A continuación, se presenta el análisis a partir de los resultados obtenidos y la conjugación de datos. En primer término, se expone lo aportado por las encuestas realizadas al personal de salud de la UCIN – FCI, información que fue material guía para el temario del II Simposio Internacional de Pedagogía hospitalaria *Aprendiendo de Bebés*, que se propuso aportar elementos para que los asistentes pudieran dimensionar su papel a nivel general y su pertinencia en neonatología.

Acto seguido se mostrarán y analizarán los resultados de los grupos focales, las encuestas y entrevistas realizadas posteriores a las intervenciones (Simposio y Taller), todo esto siguiendo la categorización y subcategorización de los datos.

Este análisis se ilustra con algunas citas (las más representativas para cada aspecto), fruto de la transcripción de los textos sincrónicos durante el proceso. Dichas citas respetan la manera

como fueron enunciadas por cada participante, por tanto, debe comprenderse que son enunciados del lenguaje oral los cuales siguen una dinámica diferente de la comunicación escrita.

Igualmente se intenta un resumen de los conceptos más significativos en cada aparte (correspondiente a las subcategorías) y su discusión.

También se analizarán las mediciones de ruido y luz en la UCIN - FCI, y los cambios manifiestos en los recién nacidos luego de la introducción de una técnica que responde a los CCD

A partir del discurso de los profesionales en salud de UCIN FCI se definen dos grandes categorías:

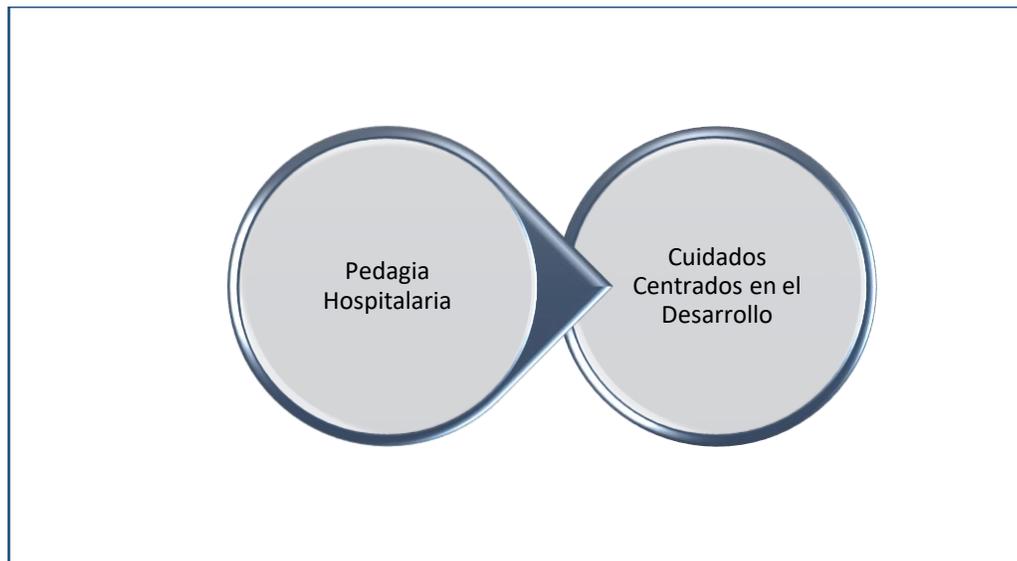


Figura 3. Elaboración propia. *Categorías de Análisis*

Categoría Pedagogía Hospitalaria

Mediante esta categoría, intentamos comprender el significado otorgado por los profesionales de la salud de la UCIN-FCI a la pedagogía hospitalaria, el conocimiento que tienen acerca de la función que cumple, de quienes la llevan a cabo y la identificación de las necesidades pedagógicas tanto de los profesionales de salud, como de los RN y de sus familiares.

Subcategoría 1: Definición de PH

Para los profesionales consultados, tanto enfermeras como médicos, el concepto de Pedagogía hospitalaria corresponde a la acción de Educar y específicamente, en el espacio de UCIN, la PH es entendida como la serie de orientaciones y recomendaciones que el equipo está atento a entregar a los padres durante la hospitalización. Esta concepción está presente tanto en el momento anterior a las intervenciones pedagógicas objeto de este estudio, como luego de ellas:

Encuesta:

“Oportunidad que tenemos las personas que brindamos atención a los bebés para enseñar a los cuidadores en el diario vivir”.

“Educar a los padres para el cuidado de los hijos dentro y fuera del hospital”

Grupos Focales:

“La pedagogía está inmersa en la rutina del turno, porque tú hablas con la mamá y le dices: Mamá, voy a aspirar las secreciones por el tubo, si te pregunta algo a su alcance, se le explicas”.

“Es como brindar una orientación un poco más fácil, más simple, de compañía dirigido a la manipulación de su hijo, pienso que es cómo educarlos aquí en la unidad”.

“... para que cuando lleguen a casa, ese cuidado de cambiar de pañal, de dar de comer, de dar el medicamento qué pasa si se pone, qué tiene que hacer, porque en la casa lo van a enfrentar y nosotros no vamos a estar ni van a tener un monitor”.

Sin embargo, y luego de las intervenciones pedagógicas, los participantes en los grupos focales comienzan a hacer explícito un cambio en su conceptualización:

“Con el simposio se aclaró para mí el concepto de pedagogía hospitalaria, yo pensaba que era únicamente como para los pacientes y sus familias, y me di cuenta de que es también para nosotros; como abarca un profesional, a un paciente, y le brinda no solo un cuidado de salud, sino que va más allá, digamos a la educación de cuidados integrales, de valores, no solo nosotros, es interdisciplinar. Me quedó muy claro con el simposio, porque uno piensa en la población neonatal y en cómo estimular directamente a los niños o indirectamente lo que nos dieron las enfermeras de Barcelona me pareció muy interesante, algo que nosotros no habíamos visualizado desde acá. Uno se limita a hacer algo clínico y con la familia, pero nunca algo educativo o cognitivo con los niños”

“Para mí, como su nombre lo dice Pedagogía es educación, hospitalaria pues el lugar donde laboramos para la salud. Es educar a todas las personas que hacen parte de un cuidado, es decir, el médico, la enfermera, la familia, los interconsultantes, y que todos estemos como alineados en la misma dirección respecto a lo que ese paciente esté necesitando desde los diferentes puntos de vista de cada actor”.

“Es una rama de la educación y de la medicina en medio de la cual se hace una evaluación continua de las actividades vinculadas tanto de la familia, el RN y el personal médico, en el cual miramos el entorno”

Tabla 8 Definición PH después de las intervenciones

<i>Está inmersa en la rutina vinculada a las actividades con las diferentes poblaciones en UCIN</i>
<i>Es educar, es aprender a aprender y atender las necesidades de cada persona en el hospital</i>
<i>Constante aprendizaje, es interdisciplinar</i>
<i>Metodología usada con el fin de ayudar a que los RN tengan un desarrollo físico y mental</i>

Elaboración propia

Vinculan la PH con la función y con las acciones realizadas por el equipo de salud y logran un acercamiento más comprensivo sobre el tema. Quienes contestan sin referirse a la función, sino a los campos de acción y a las bases en que se fundamenta la PH, lo hacen desde el término de humanización, interdisciplinariedad (medicina y educación) y con CCD (evaluación continua de las actividades vinculadas, desarrollo físico y mental- atención integral). Todo lo cual nos remite a las últimas definiciones que los propios profesionales de la PH han adelantado sobre su disciplina.

La PH en su esencia demanda acercarnos a cada una de las realidades del RN y su familia, y con ello intentar dar respuesta a cada uno de los elementos implicados en la acción asistencial.

Subcategoría 2: Función de la Pedagogía hospitalaria

A la pregunta sobre la función de la PH, las respuestas en el primer momento de la encuesta se dan fundamentalmente desde los roles que el equipo desempeña con la familia del RN, hablan entonces nuevamente de brindar orientación a los padres

“Afianzar los conocimientos en cuanto al cuidado del bebé en casa
“Educar a la familia de los RN de manera continua durante todo el proceso de hospitalización
“Enseñar y sacar un poco al paciente del ambiente hospitalario”

Luego de las intervenciones pedagógicas este aspecto cobra mayores dimensiones, se refieren entonces a la importancia de hacer una compañía dirigida a la sensibilización, ofrecer conocimientos y experiencias, nuevamente se sitúan en el terreno de la humanización (CCD).

También se encuentra la referencia a un movimiento bidireccional, por el que reconocen que los miembros del equipo pueden tener aprendizajes brindados desde la familia y con relación al conocimiento del RN y la cultura del grupo familiar (CCD).

Se evidencia una gran preocupación por parte del equipo en el sentido de jugar un papel como capacitadores de la familia con miras al egreso de los recién nacidos, hacia la autonomía y el empoderamiento de los padres. Sin embargo, todos entienden que la función de la pedagogía es sensibilización, orientación, compañía dirigida, de transmisión de saberes.

Al igual permanece el concepto de educación; de prepararlos para el cuidado y manejo en casa, de ser el puente en el inicio de la relación padres e hijos teniendo en cuenta que estos se ven obligados a vivenciar un periodo brusco de separación temprana por el hecho de enfrentarse a los problemas de salud derivados de la prematurez.

“Nosotras explicamos por ejemplo la parte cuando los niños se van con oxígeno, cómo funciona el oxígeno, cuáles son las necesidades, cómo se hace la permeabilidad de la vía aérea, es como la educación con la que van a continuar a la casa”.

“Agregaría que es como la metodología que se lleva diariamente para enseñar o encaminar tanto a todo el personal de salud que está en esa área, unidad, con nosotros, a los padres para poder enseñar bien cómo es el cuidado, las actitudes, cómo conocer bien a ese bebé para que cuando ella salga a la casa, tenga unas bases firmes de cómo llevar, reconocer los cambios que tiene su hijo para poder actuar en el momento oportuno”.

“...entonces es también empoderar a esos papás para cuando ellos estén en su casa, puedan hacer las cosas también de la mejor manera”.

“La pedagogía es bidireccional, porque también los papás nos enseñan nosotros ciertas cosas, nosotros hacemos la cobijita de esta manera ¡ah bueno! hagámoslo así, además la pedagogía va interna entre nosotros mismos, es decir; llegó una compañera nueva, pues es que este niño tiene un plan de cuidado muy diferente en esta situación, entonces digamos lo hacemos de esta manera”.

Tabla 9 Función de la PH

<i>Atención integral y promoción del establecimiento del vínculo padres – RN</i>
<i>Conocimiento de técnicas y actividades cotidianas que permiten a los padres ganar confianza</i>
<i>Ayudar para que los padres estén atentos a la individualidad del RN</i>
<i>Sensibilización del personal de salud</i>
<i>Brindar orientación</i>

Elaboración propia

La pedagogía hospitalaria se caracteriza por dar respuesta a la atención de las personas en situación de enfermedad y de hospitalización, es un mediador en los procesos de intervención familiar y socio educativo, teniendo como objetivo primordial la responsabilidad social y el compromiso ciudadano

Subcategoría 3: Quiénes realizan Pedagogía hospitalaria

Frente a la pregunta de qué profesionales participan como pedagogos hospitalarios, la mayoría de los informantes en el primer momento (aplicación de la Encuesta), identifican que todas las personas en la unidad juegan un papel pedagógico relacionado con la información

“Todos los profesionales encargados de la atención del bebé deberían ser educadores en el momento de dar información a la familia sobre el estado de salud actual y la evolución”.

“Todos los integrantes de la unidad neonatal (médicos, enfermeras, auxiliares, terapeutas) que estén al cuidado del bebé, desde su ingreso hasta su salida, garantizando una continuidad en cuanto al cuidado y atención en su domicilio”.

Después, durante los grupos focales, se renueva que el papel que juega todo el equipo de la unidad en la función de educar, y es momento en el que se reconoce a otras personas que hacen presencia en la UCIN jugando este papel.

Importante señalar que esa educación ya no se conecta únicamente con elementos de manejo para el egreso, sino que también incluye elementos para favorecer el vínculo, la relación afectuosa, y hacia el objetivo común del bienestar y la calidad de vida de los RN hospitalizados.

“Yo creo que todos somos pedagogos, esto es un proceso que nos ha tocado, que todos estamos interesados, que nos ha gustado, creería que de aquí en adelante el grupo entero tanto neonatólogos, como enfermeras, inclusive el grupo de terapeutas están dispuestos y los veo

haciendo pedagogía hospitalaria, porque como ya lo definimos es educar y yo creo que todos los días educamos y aprendemos”.

“Miren, hasta la señora de servicios generales, está involucrada”

“Nosotros estamos dando mucha educación, estamos aportando a la mamá para que el vínculo con el RN es la parte más importante que hay. La forma como le habla, le canta lo acaricia, esa parte se está trabajando mucho, en la noche es muy complicado porque los papás no están, pero en el futuro lo que se piensa es que vamos a tener abierta la unidad, este es el camino para llegar a eso; en cuanto al día lo que estamos viendo es que la mamá llega con toda la actitud de alzar a su hijo, de leerle, hablarle, cantarle, en ocasiones durante la visita los padres se duermen y es cuando nos acercamos y les decimos mira aquí está este libro o cántale las canciones que tú le cantabas cuando estaba en la barriga para que empiece a reconocer tu voz nuevamente”

Tabla 10 Quiénes hacen PH

<i>Cualquiera que intervenga en el cuidado del RN</i>
<i>El papel es de todos</i>
<i>Debe ser tarea de todos para hacerlo bien</i>

Elaboración propia

La pedagogía hospitalaria es llevada a cabo por cualquier profesional que desarrolle su acción educativa y asistencial y que tenga como propósito la promoción y prevención en salud. En el caso de pedagogía hospitalaria visto desde la neonatología, ésta puede ser llevada a cabo por médicos, enfermeras, trabajadores sociales entre otras especialidades

Subcategoría 4: Necesidades pedagógicas o de educación de las familias y los pacientes

En el momento de aplicación de la Encuesta manifestaron lo siguiente:

“No creo que se cubran las necesidades pedagógicas del RN debido a que el nivel de educación y comprensión es muy diverso, sumado a las limitaciones en cuanto a la comunicación”.

“Considero que los neonatos o RN, no tienen necesidades pedagógicas, las necesidades pedagógicas son para sus padres, para su cuidado”.

Para el momento de intercambio en los grupos focales se evidencia un cambio, una identificación más precisa de las necesidades del RN, dejando claro que éstas se asocian a los

CCD. Manifiestan una gran preocupación por el contacto piel a piel, por reducir el número de intervenciones dolorosas, y señalan que el RN despliega a su vez habilidades educativas de las que dispone para informar al otro sus necesidades (carencias, satisfacciones etc.)

“Lo de las visitas, como lo decía mi compañera, es un punto a favor porque uno lo que más necesita acá es el acompañamiento de la familia”.

“Una de las necesidades pedagógicas que yo veo en los bebés, es en cuanto al ruido; normalmente la unidad está expuesta a alarmas, pitos, a la propia voz que se magnifica en las incubadoras, y con el simple hecho de que se haga una disminución del ruido se ven cambios en los RN, en su confort, entonces una de las cosas que nos brinda la pedagogía hospitalaria son esas estrategias para disminuir el impacto negativo en los RN”.

“La luz porque nosotros manejamos, ahorita ya estamos bajándole la intensidad de la luz, porque en el día la luz es terrible y eso no permite también que haya un buen descanso, el ruido, el hablar duro al lado de la incubadora, el golpe, que a veces lo hacen los papás para llamarle la atención al bebé”.

“Yo creo que sí tienen necesidades pedagógicas, digamos que ahora nosotros las podemos ver, siempre las han tenido, pero es que nosotros no sabíamos qué era eso. Tiene necesidad de comunicación y alimentación les voy a dar un ejemplo: a las 8:00 am todos gritaban, a la hora del tetero, luego pasadas 3 horas, gritaban, ahora ya uno no los deja llorar porque está uno pendiente de esa necesidad, que no es llorar, es comer, entonces ahora los RN están más tranquilos porque sabemos que lloran por una necesidad básica y tan elemental como el hambre. Lo otro es la necesidad de cuidado, manifestado como irritabilidad, ya el sonido está más controlado, creo que vamos a impactar en tiempos de estancia hospitalaria, tomamos menos exámenes, o sea hay una interpretación de esas necesidades que para nosotros eran netamente médicas”.

“Claro, porque ya identificamos esas necesidades y se volvieron conscientes las personas y ya estamos teniendo una capacidad de poder socializar qué tanto es una necesidad emocional, comportamental”.

Tabla 11 Necesidades pedagógicas del RN y la familia

<i>Manejo del ruido y la luz</i>
<i>Eliminación de procedimientos dolorosos repetitivos</i>
<i>Contacto piel a piel y lactancia materna</i>
<i>Integración de la familia, presencia y acompañamiento durante la hospitalización</i>
<i>Identificación clara de las necesidades del RN</i>

Elaboración propia

De acuerdo con Riquelme, et al., 2013 en una investigación realizada en Europa y Latinoamérica, se destaca la incorporación en los currículos de formación inicial en las disciplinas médicas, una formación en pedagogía hospitalaria con contenidos fundamentados en responder a las necesidades educativas de la persona, a la diversidad de la educación como proceso de vida.

Violant, en su escrito sobre Atención integral en neonatología desde la pedagogía hospitalaria propone la estructuración de un ambiente adecuado para el recién nacido y su familia, que permita no solo la curación de patologías, sino también el desarrollo emocional del RN y la aparición de un vínculo con sus padres teniendo en cuenta otro modo de cuidado, de ser y de vivir, con bases a las necesidades del otro, al ser pluridimensional, respetando las carencias y considerando su autonomía.

Subcategoría 5: Necesidades pedagógicas del equipo de UCIN – contenidos y disposición a la formación

A esta pregunta los participantes respondieron en la Encuesta de las siguientes maneras:

“Es necesario contar con diferentes alternativas para educar a los padres como: recursos visuales, escritos (videos, cartillas, folletos, etc.)”.

“Se creen espacios donde no solo se brinde información sobre la evolución del bebé, sino donde también se puedan responder dudas a las familias, y para ello se cuente con material didáctico que facilite la comprensión, ya sea: imágenes (fotos, dibujos), cuentos, videos, talleres a padres de cuidados y reconocimiento de signos de alarma”.

Sin duda queda claro que las mayores necesidades en ese momento se expresan reiterativamente alrededor del tema de la transferencia de conocimiento a los padres y la solicitud de materiales de apoyo para esta tarea.

Una vez han transcurrido los momentos de intercambio pedagógico, la expresión sobre necesidades es más amplia al tiempo que más precisa, veamos:

“Con respecto a las necesidades, pienso que por parte de ustedes (pedagogos), que son los que ha estudiado, saben de estrategias y muchas cosas de este tema, estarían invitados a la unidad a sensibilizar ya sea en temas de ruido, yo por ejemplo hablo muy duro y a veces está la patinadora en un lado y la enfermera en otro y uno dice: ¡oiga tráigame el medicamento! Y uno está al lado del bebe y uno ve como se inquieta. Es necesario sensibilizar, de ver la importancia de esos detalles que son mucho para los bebés”

Igualmente identifican necesidades de educación y de contención, esta última entendida como apoyo emocional y fortalecimiento para afrontar y acompañar situaciones de duelo.

“...situaciones de enfermería - experiencias de enfermería... situaciones de sensibilización, de casos reales que de verdad uno logra entender... sensibilizarse para estar acá”.

“Que nos brinden charlas con temas no médicos, como acompañamiento en el momento de la muerte, yo lo hago desde la parte religiosa, desde Dios y no a todo el mundo hay que entrarle por ese lado porque no todos creen en Dios, entonces me ha costado mucho, por eso me gustaría que nos enseñaran a afrontarlo desde la parte de psicología, desde la parte emocional”.

“Me gustaría muchísimo que nos sensibilizaran, pero en la parte del manejo del duelo. Porque creo que a un 90% esa parte, no solo personalmente sino profesionalmente, nos cuesta bastante”.

“Que existan charlas donde nos enseñen empatía, cómo enfrentar una situación difícil”.

“Yo no he dejado de ser persona por ser enfermera, sigo siendo ser humano, necesitamos soporte, sensibilización, por que nosotras a veces estamos sobrecargadas, estresadas y si no te sientes bien no puedes establecer una relación”.

Como descubrimiento se observa que manifiestan en su discurso las diferentes acciones que integran los CCD (método canguro, neuro protección, atención integral, vínculo, manejo del duelo) pero solo las refieren claramente a los CCD cuando en la segunda encuesta se pregunta explícitamente por los temas abordados en el simposio y que fueron de su mayor interés; entonces hablan de contenidos y confirman el deseo de saber de CCD.

En relación con estos temas (método canguro, lactancia materna, neuro protección, resiliencia), manifiestan estar en disposición de asistir a procesos de formación relacionados y destinar tiempo para ello.

Manifiestan interés en ampliar los referentes y la importancia de dar a conocer los conocimientos propios

“Con respecto a las necesidades, pienso que por parte de ustedes (pedagogos), que son los que ha estudiado, saben de estrategias y muchas cosas de este tema, estarían invitados a la unidad a sensibilizar ya sea en temas de ruido, yo por ejemplo hablo muy duro y a veces está la patinadora en un lado y la enfermera en otro y uno dice: ¡oiga tráigame el medicamento! Y uno está al lado del bebe y uno ve como se inquieta. Es necesario sensibilizar, de ver la importancia de esos detalles que son mucho para los bebes”.

“Pues si realmente a mí es algo que me llena y me gusta, sí, sí lo saco [el tiempo para formación]”.

A mí que me gustaría conocer más, otras experiencias de otros países, porque conocemos la experiencia de Barcelona, desde el punto de vista experimental de ellos, pero me gustaría por ejemplo

conocer qué habla Estados Unidos o los países asiáticos que han desarrollado muchos estudios en neonatos.

También participar nuestros conocimientos como colombianos, donde lleguemos a un consenso que sea pluralista o multicultural de manera tal que todo sea encaminado hacia el mismo motivo

Vuelven a señalar la necesidad de contar con materiales didácticos para la formación de las familias.

“Es importante contar con videos, folletos y otros materiales para educar a los padres, para que puedan entender lo que le estamos explicando, ya que lo visual queda mucho”

Tabla 12 Necesidades pedagógicas del personal- contenidos – disposición a la formación

<i>Diseño de estrategias educativas para el personal</i>
<i>Capacitaciones en temas de interés para el personal de UCIN como atención integral, método canguro, Neuroprotección, CCD</i>
<i>Necesidad de materiales para la formación de las familias</i>
<i>Charlas sobre temas como empatía, enfrentamiento de situaciones difíciles, duelo, muerte</i>

Elaboración propia-

En concordancia con lo anterior, Riquelme añade también la necesidad de una formación continuada y de que los procesos de formación deban ir encaminados desde dos vertientes: una general(teórica) y otra especializada (práctica), bajo la premisa de recibir formación en pedagogía hospitalaria no solo los estudiantes de educación o licenciaturas, sino también todo profesional que intervenga o tenga implicación directa de algún modo, en la atención integral del RN o de personas con salud disminuida o en situación de enfermedad

Subcategoría 6: Aportes de la PH a la mejora del servicio

En el discurso de los profesionales encuestados, se identifica la necesidad de formación pedagógica en el personal de salud, manifestado como un enlace importante para la generación de estrategias lúdicas que propicien una relación empática con la familia y que permitan abrir espacios de encuentros con los padres que generen soporte emocional.

“Yo tuve una compañera que cantaba bonito, siempre que alzaba a un RN le cantaba y él bebe se calmaba rápido, pero era cualquier neonato, era llamativo, no sé si era la voz armoniosa o la expresión amorosa”.

“Me parece que el pedagogo, bien sea cantando o hablando, narrando un cuento o tocando un instrumento puede impactar y hacer bastante, los bebés se calman”

“Pienso que de parte de ustedes, los pedagogos podemos aprender estrategias de sensibilización, ustedes como expertos nos ayudaran a hablar con los padres, a mostrar estrategias de cómo manejar a su hijo”.

“El simposio y el taller llenaron nuestras expectativas, por su dinámica, su enfoque, su ambiente lúdico y experimental, por lo novedoso”.

Tabla 13 Aporte de la PH a la mejora del servicio

<i>La dinámica del Simposio fue novedosa desde todo punto de vista</i>
<i>Participación en los encuentros con los padres</i>
<i>El simposio se desarrolló en un ambiente lúdico</i>
<i>La metodología fue innovadora</i>
<i>La presencia de un pedagogo en la UCIN es importantísima</i>

Elaboración propia

Violant, en su libro *Atención integral en neonatología desde la pedagogía hospitalaria*, reconoce que la PH incide en el periodo neonatal en situación de vulnerabilidad, dando respuesta a las necesidades de esta población y de los agentes implicados (familia y profesionales). Con ello, se pretende a su vez, favorecer un modelo asistencial-educativo de excelencia, inclusivo, centrado en el desarrollo de la infancia y la familia (CCDF) con el propósito de conseguir una buena calidad de vida en esta población.

Categoría Cuidados Centrados en el Desarrollo

Subcategoría 1: Conociendo la población

En el discurso de los encuestados, no se le reconoce al RN las fortalezas que posee, lo ven como un ser con muchas carencias, vulnerable, dependiente de cuidado... Se identifica su decir con el discurso social instituido, muy ligado a los artículos académicos, lo cual no es coherente con las acciones que desempeñan y al hecho de afirmar, al mismo tiempo, las potencialidades de los neonatos.

“Los neonatos, son seres indefensos, expuestos a cualquier agente físico y químico y a cualquier condición que lo hace vulnerable”

“Los RN son seres entendidos, en ocasiones más que otras personas, con el tiempo uno aprende a descubrir ciertas situaciones que ellos van mostrando de manera indirecta, con el tiempo uno aprende a reconocer, un ejemplo es cuando ellos sienten estrés fruncen el ceño, aprietan las

manos, cambian sus signos vitales, el llanto es algo que también se aprende a reconocer, cuando es por hambre o dolor”

Al hablar de los padres, la mayoría lo hace desde el lado compasivo, humanista, colocándose en el lugar del otro para entender su comportamiento. Es decir que aquí también se puede identificar una percepción de ambivalencia, pues el equipo se propone empoderar a los padres, acompañarlos para que logren relacionarse con sus hijos y ser autónomos en sus cuidados

“Los padres son personas de diferentes estratos socioeconómico, tienen diferentes culturas”

“Los papás vienen cargados de ansiedad por la separación, por la inmediatez del diagnóstico por no entender qué es lo que está pasando con su hijo, ellos experimentan diferentes fases del duelo, lo hemos visto; a veces vienen con angustia, depresión, culpa, que con el tiempo van cambiando la manera de ver las cosas, y cambian su actitud, porque van entendiendo lo que se les explica”.

Por lo pronto en el día lo que estamos viendo es a la mamá ya llegan con toda la actitud de alzar a su hijo, de cargarlo, de leerle, de hablarle, de cantarle. Aunque hay unos que se duermen (risas)

por esa razón, como el bebé llega recién nacido, casi siempre el que está es el padre, la madre no está, o la abuela o algo.

A veces el papá es el que sigue viniendo, a él se le da esa educación, muchas veces cuando llega la mamá, ya el papá se apropia y hasta le enseña a la mamá, antes eso no se veía mucho, pero en día me parece que el hombre pues tiene más papel en el cuidado de sus hijos.

Esta percepción dual, se contrasta también con el ingreso por más tiempo de los padres a la unidad, así simultáneamente que se confirman los beneficios de esta presencia cerca del hijo neonato y de ganancia de competencias hacia el egreso, se reconocen las resistencias en el inicio y las incomodidades que permanecen con respecto a la interacción constante con los padres.

“Para nosotros ha sido una Pedagogía con los padres porque al principio yo soy sincera, pusimos resistencias. Yo no quiero al papá aquí, porque eso entorpece mi turno y me molestaba, pero ya hemos ido cambiando, al principio fue difícil, especialmente para la parte de enfermería”

“Para nosotras no ha sido fácil, porque es que nosotras nos sentimos observadas y muchas veces calificadas y muchas veces escrutadas, eso es lo que nosotras sentimos”.

“Nos empiezan a comparar. Uy la de la tarde, la de la mañana no sé qué”

[los padres] van confiando también en la Fundación, en el personal, porque pues no es fácil que a las 6 de la tarde dejar su hijo, pero lo que ellos van viendo y lo que uno les puede hablar y ayudar a bajar esa ansiedad y mirar que su hijo está bien y todo lo que uno le puede decir, pues uno va viendo que va bajando ese nivel de ansiedad, de inseguridad al pasar de los días.

“Y generando la confianza, el vínculo entre enfermera y papás”.

“Digamos que yo si he visto mucho el cambio desde que empezamos como a implementarlo [el ingreso por más horas de los padres] Por ejemplo, antes cuando uno brindaba la educación para el momento del egreso a los padres, entonces era como la ansiedad de ellos: ¿cada cuánto tengo que darle tetero?, y si me llora ¿qué hago?, ¿y qué puedo hacer si tiene fiebre?, entonces era como esa ansiedad”.

“Pero digamos que ahora sí me he dado cuenta de que es diferente, por lo que decimos acá. Entonces mayor tiempo con los papás, está una mayor parte “cangureados” en el día, entonces ese trayecto digamos que sí se ha construido, pienso yo, con respecto a lo que nos han ido educando, de tener un trato un poco más con los niños, los niños con sus padres, porque antes, pienso yo, que por evitar tanto ese contacto de que las infecciones y demás cosas que les daba”.

Tabla 14 Conociendo a la población

<i>Los RN son seres indefensos expuestos a agentes físicos y químicos, seres vulnerables</i>
<i>Los RN sufren carencias de diversos tipos</i>
<i>Seres entendidos, comunican</i>
<i>Los padres son personas ansiosas, angustiadas, en situación de duelo</i>
<i>La apertura de la UCIN ha permitido que las madres y los padres ganen confianza, los hombres cada vez tienen mayor participación en la crianza</i>

Elaboración propia

En este sentido, reconocer al RN como ser humano que interacciona con su medio, se comporta de una forma coherente con su edad gestacional, con su situación ambiental, estado biológico y momento social, es un acto de humanización y empatía con el ser que acaba de nacer, es tomar conciencia de su vulnerabilidad, pero a su vez es reconocer su valía. Teniendo en cuenta así los lineamientos de los derechos de los niños prematuros, y en concordancia con los movimientos de humanización de la neonatología.

Subcategoría 2: Definición de Cuidado centrado en el desarrollo.

Desde el punto de vista médico y de enfermería, identifican que los CCD son una serie de acciones cuyo objetivo es proteger y fortalecer el neurodesarrollo del bebé. Se observa impacto del taller y del simposio en cuanto a un mayor conocimiento del concepto de CCD, no obstante, esta información permanece en la mayoría en el ámbito conceptual pero aún no logran aterrizarlo en las acciones cotidianas.

Por ejemplo, saben la importancia de disminuir los estímulos externos dañinos para proteger el neurodesarrollo del RN, pero no lo llevan a cabo durante sus acciones cotidianas.

“Son cuidados brindados a los recién nacidos hospitalizados, que se dan con el fin de disminuir los estímulos negativos del entorno, protegiendo el desarrollo neurológico del neonato”

“Son aquellas acciones que doy a mis bebés, para disminuir el exceso de estimulación ambiental, es todo aquello que yo puedo brindar para hacerles un entorno más amigable para él bebe, instalando medidas de confort para favorecer su desarrollo neurológico y físico”.

“Son cuidados que nos van a ayudar a toda la parte del desarrollo de los bebés, no solo del desarrollo físico sino también neurológico y cognitivo, ayudarles en la parte de confort, con el fin de disminuir los estímulos que puedan ser dañinos al bebe”.

“Son los cuidados que reciben los RN por parte del personal médico y de enfermería, encaminados a mejorar la salud neurológica del recién nacido hospitalizado, en el que involucramos a los padres y a la familia a enfrentarse a situaciones cotidianas, para que intervengan en los cuidados de sus bebés hospitalizados preparándolos para cuando se vayan a casa”.

“...por ejemplo, con el personal de enfermería, sensibilizar lo del ruido, yo por ejemplo hablo muy duro y a veces está la patinadora en un lado y la enfermera en otro y uno dice: ¡Oiga tráigame el medicamento! y uno está al lado del bebé y uno ve cómo el bebé se inquieta. O uno cierra una puerta mal y ¡pum!, uno ve cuando el bebé hacer así. Entonces uno dice como: ¡venga, pues párese y vaya y dígame, ¿sí?! Pero entonces todo eso es como lograr sensibilizar, de ver la importancia de esos detalles que son mucho para los bebés”.

Tabla 15 Cuidados Centrados en el Desarrollo

<i>Acciones/ Intervenciones del personal de salud para disminuir el estrés y el sufrimiento de los recién nacidos</i>
<i>Antes del simposio se miraba al paciente desde su enfermedad, ahora está también la preocupación por la parte afectiva, no solamente del bebé, sino de la familia</i>

Elaboración propia

En relación con esta subcategoría es muy importante que el equipo de la UCIN no solo comprenda e interiorice el concepto de CCD definido por Pallas en 2014, como una serie de intervenciones del personal de salud (médicas y de enfermería) dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del recién nacido (RN), cuyo objetivo es favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional, y hacer el tránsito que permite vincular

coherentemente el saber y el hacer, haciendo realidad en la unidad la incorporación de los Cuidados centrados en el desarrollo.

Subcategoría 3: Aportes del CCD a la mejora del servicio.

Los profesionales consultados identifican que las acciones de los CCD tienen un impacto en la calidad de la atención. Para la mayoría está claro un interés por conocer más de los diferentes componentes de los cuidados centrados en el desarrollo, otros claramente expresan que su mayor interés sigue dándose por contenidos médicos y académicos como hipotermia y asfixia.

Se identifica además una minoría de profesionales que, pese al conocimiento actual, presentan cierto grado de resistencia a la integración de algunas acciones desde CCD al servicio por identificar que su implementación ha sido impuesta y no consultada con todos los equipos de los turnos.

“Yo he visto el cambio, pero todo son etapas. Desde hace más de 10 años nos hemos transformado en unidad abierta, lo que ha generado más comunicación con los padres, [...] pero llegar a esto no es de días, meses, sino de años”.

“El simposio y el taller con las personas de Barcelona fue una experiencia enriquecedora, al pasar a los RN a estos nuevos nidos, hemos visto mejoría en sus signos vitales, en su actitud, ya no lloran tanto, están calmos, el nido les genera comodidad”

“los Nidos han impactado en los bebés, se hacen menos manipulaciones porque están más tranquilos, descansados y eso lo vemos en su frecuencia cardiaca y saturación”

“Me parece que en algunos funciona, a otros... no, a los que si les funciona que son los prematuros se ven más tranquilos”

“Los nidos son muy buenos, ya que los bebés descansan más sobre todo a los prematuros, los a término se salen de los nidos por eso los ponemos aún en los rollos de antes”.

“Nosotros manejamos el nivel de ruido muy alto en la unidad, cuando nos proponemos bajar la voz y atender las alarmas la diferencia es del 100%”.

“En el día la intensidad de la luz es terrible y eso no permite un buen descanso”.

“La unidad neonatal de mis sueños, es sin barreras, donde la única barrera sea la incubadora, donde no haya estimulación física agresiva como el ruido y la eliminación o procedimientos repetitivos dolorosos, sabemos que nos toca puncionarlos, pero a veces nos

excedemos en esa función, o por lo menos ser un poco más conscientes en la medida de la necesidad del paciente”.

Los profesionales de la UCIN –FCI identifican que hubo temas del simposio que aportaron sobre el conocimiento de CCD dentro de los que mencionan:

“Método canguro”

“Asfixia perinatal”

“Cuidados centrados en el desarrollo”

“Resiliencia y duelo”

“la Voz del recién nacido”

“Atención integral desde la pedagogía Hospitalaria”

Tabla 16 Aspectos importantes de Aporte del CCD a la mejora del servicio

<i>Los cambios tienen unos efectos y no siempre son positivos Cuando hay cambios hay resistencia de las personas, es necesario tiempo para discutir o reflexionar.</i>
<i>La implementación de los nidos se vivió por parte de algunos de los miembros como algo impuesto</i>
<i>Es necesario hacer seguimiento, a algunos les funciona este nuevo posicionamiento y a otros no</i>
<i>Les interesaría contar con las memorias del simposio</i>

Elaboración propia

Al respecto es importante insistir que los cuidados centrados en el desarrollo favorecen las condiciones que potencian el crecimiento y desarrollo óptimo del bebé nacido prematuramente y del recién nacido enfermo mediante intervenciones sencillas y de bajo costo.

De la misma manera, que la aplicación de este enfoque de cuidados exige un mejor conocimiento del RN desde el punto de vista de su conducta y de sus necesidades, más allá de las puramente médicas. Estas últimas, aunque cruciales y fundamentales, constituyeron durante mucho tiempo el principal y casi exclusivo foco de atención de la asistencia neonatal hospitalaria.

Pero también, que esta filosofía del cuidado involucra la atención a los padres, por lo que se comprende las referencias a su necesidad de fortalecer al equipo en los temas de resiliencia y duelo, y que los consultados hagan énfasis en aspectos como la voz, el piel a piel, el método

canguro, todas acciones desde los CCD que además fomentan la construcción del vínculo y promueven y fortalecen la atención integral a los neonatos.

Resultado de las mediciones

Signos vitales de los RN

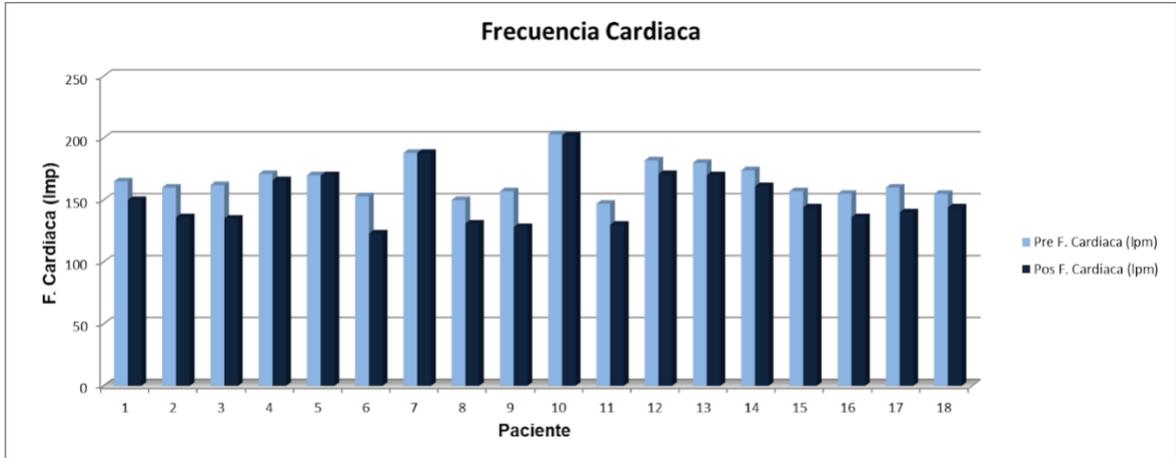
La implementación de los cuidados centrados en el desarrollo representa un cambio importante en las rutinas de trabajo. Pues los procedimientos deben adaptarse a las características del niño y de su familia, y no al contrario, como en el modelo tradicional.

De la misma manera, suponen un cambio en las actitudes que los profesionales deben adoptar con relación a los pacientes. Y aunque este tipo de cuidados se ha implementado en muchas partes del mundo, especialmente en Europa, muchos otros aún no lo hacen debido, siguiendo sus argumentaciones en las exigencias de adecuaciones físicas de los servicios, en la falta de preparación por parte del personal de salud y de equipos de estos profesionales que lideren el cambio.

En las siguientes gráficas (datos tomados de las hojas rosadas de signos vitales de la UCIN – FCI y mediciones de ruido y luz) realizadas antes y después de la intervención, podemos observar las fluctuaciones de los signos vitales que se presentan, corresponden a momentos anteriores y posteriores a la implementación específica derivada de manera inmediata por el taller y relacionada con la forma de acunar a los RN a través de los nidos.

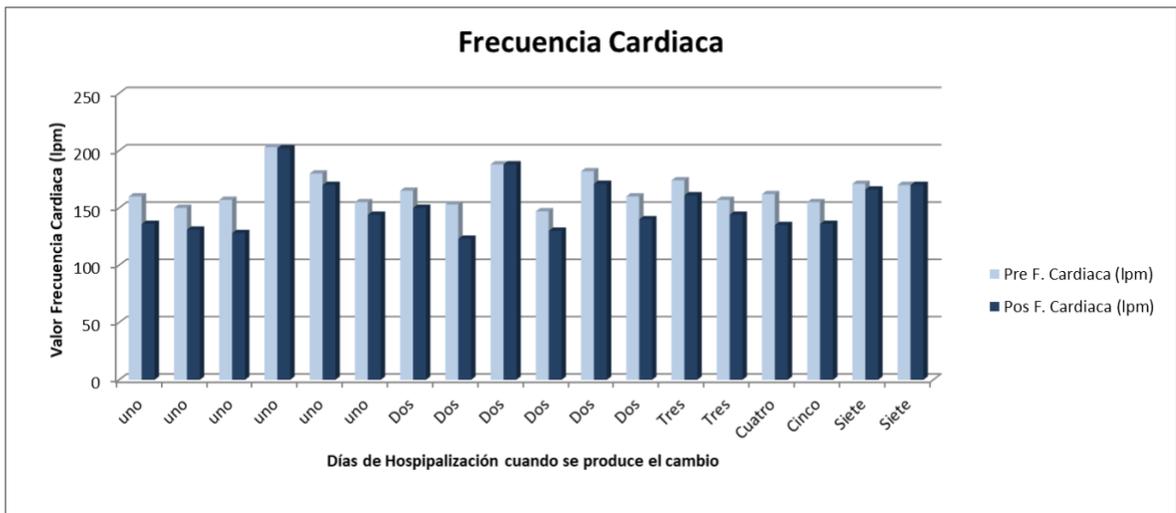
Los cambios representaron el 33.3% de mejoría en los signos el primer día de la intervención y de forma casi inmediata a su colocación en las incubadoras, al segundo día (nuevamente una mejoría del 33%, más adelante a partir del 5 se logra mejoría en los signos vitales en el (11.1%) y al día 7 luego de que ya se encuentra instituida esta práctica, el (11.1%). En este punto es importante señalar que en otros RN no mostró cambio positivo, sin embargo, no es posible establecer si esto se debe a la condición clínica, o a la edad gestacional al momento de la realización de los cambios,

Gráfico 1 Evaluación de frecuencia cardiaca de RN hospitalizados en UCIN-FCI antes y después de acunar a los neonatos en el nuevo nido



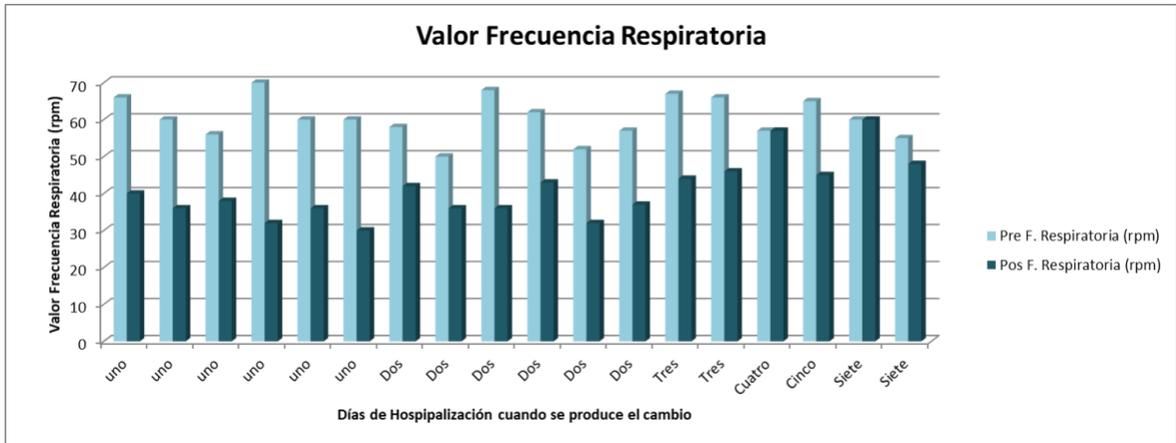
Elaboración propia

Gráfico 2 Evaluación de frecuencia cardiaca de RN hospitalizados en UCIN-FCI y el tiempo (días) en el que se evidenciaron los cambios después de la intervención



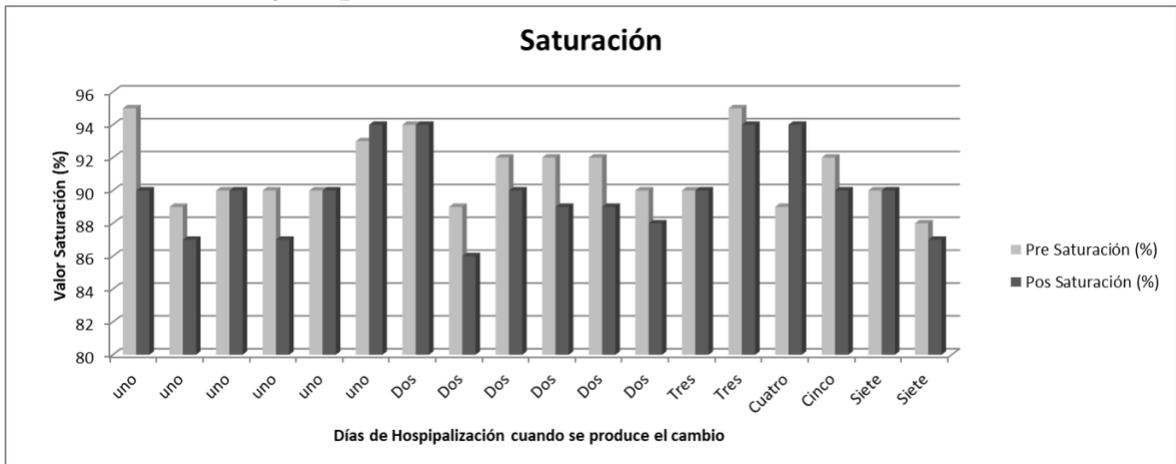
Elaboración propia

Gráfico 3 Evaluación de frecuencia respiratoria de RN hospitalizados en UCIN-FCI antes y después de acunar a los neonatos en el nuevo nido



Elaboración propia

Gráfico 4 Evaluación de la saturación de oxígeno en los RN hospitalizados en UCIN-FCI antes y después de acunar a los neonatos en el nuevo nido



Elaboración propia

Estos resultados son reforzados por los aportes de Torrioli, quien en su estudio *Le carepostural* en el neonato pretérmino (2016), indica que el uso de nidos ofrece mayor estabilidad y mejora la oxigenación porque la distribución pulmonar de los gases es más homogénea. Siendo la posición en prono la de preferencia en prematuros y demás recién nacidos en la fase aguda de una enfermedad.

Por tanto, la función respiratoria se ve favorecida por un aumento de la complianza pulmonar, mejorando la oxigenación, adicionalmente se evitarán fluctuaciones excesivas de la presión intracraneal con la parte contralateral de los nidos.

Este acunado permite cambiar la posición, siempre que la situación lo permita, para evitar las úlceras de presión; por otra parte, favorece la movilización de secreciones, evita el éxtasis venoso con riesgo de trombosis, ayuda a la movilización de líquidos y previene las deformidades en la cabeza. Torrioli, 2016

Intensidad de luz y ruido en la UCIN - FCI

Ruido

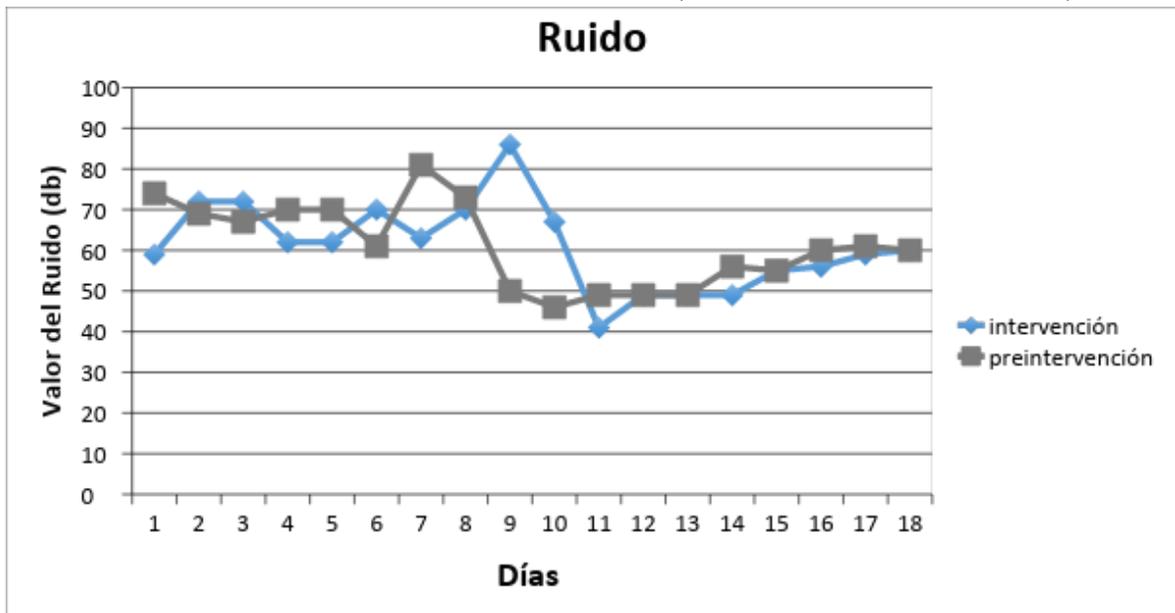
Dado que el cuidado del macroambiente remite a dos factores muy precisos: luz y ruido en las salas neonatales, y por lo mismo indicadores directos de posible impacto de la comprensión de los elementos alrededor de los CCD, se realizaron mediciones del ruido antes y después de la intervención, en las cuales no se evidencian cambios significativos.

En este aspecto, de 18 observaciones realizadas antes de la intervención pedagógica, el 100% no cumplía con la norma establecida por la Asociación Americana de Pediatría, y posterior a la intervención un 94.4% sobrepasan el valor. Lo que indica que la relación se mantiene pese a los contenidos de formación brindados durante el Taller con el personal de salud de Barcelona. En el discurso los participantes identifican al ruido como un estímulo negativo, pero no hay conocimiento por parte del personal sobre el daño que provoca en el RN.

En el estudio realizado por (Miquel Capó, 2016) se citan los datos de la Academia Americana de Pediatría (AAP) en los cuales se establece que el nivel de sonido seguro en las UCIN es de 45 decibeles (dB) durante el día y de 35 dB durante la noche.

Así entonces, y aunque muchas de las mediciones no superan el rango alto, si se encuentran cercano a éste y es necesario emprender acciones que permitan la comprensión más fuerte sobre los efectos de un ambiente ruidoso para los neonatos por parte de los equipos de salud de la UCIN - FCI

Gráfico 5 Evaluación del ruido en la UCIN- FCI (Unidad de medida decibeles)



Elaboración propia

Iluminación

Lograr una iluminación adecuada en las unidades de cuidados intensivos neonatales es un gran desafío para muchos servicios, al igual lo es para la Fundación Cardioinfantil, y es un tema que persiste en el discurso de los consultados dejando clara su preocupación.

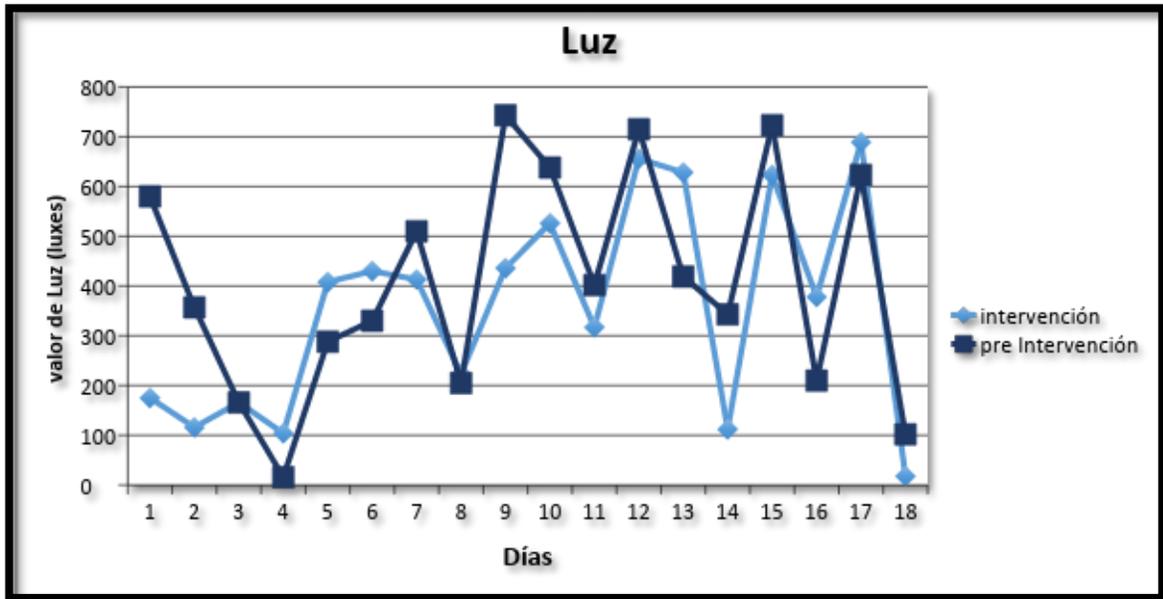
Contrariamente a lo que se percibe dentro de la unidad, de las 36 mediciones realizadas antes y después de la intervención el 77.77% se encuentran dentro de los rangos altos de normalidad, y solo un 22.22% superan los niveles establecidos como permitidos. Si se desglosan estos datos, en cuanto a las medidas tomadas antes de la intervención el 72.22% es normal y el 27.77% superan los límites. De la misma forma, las medidas tomadas después de la intervención muestran un 83.33% en rango normal y al 16.6% de anormalidad esto, sin embargo, no arroja cambios significativos entre ambas medidas.

Al respecto es necesario señalar que para este estudio el rango recomendado por organismos internacionales está entre 10 a 600 luxes, entre tanto otras fuentes señalan que los niveles de intensidad lumínica en las UCIN donde haya prematuros extremos deberían cuidar una iluminación no mayor de 20 luxes para los neonatos menores de 30 semanas.

Mientras que muchas unidades trabajan la iluminación diurna/nocturna y sólo llevan hasta 60 lux con control independiente y luces separadas para la realización de procedimientos.

Todo esto urge la implementación de acciones con el fin de evitar efectos nocivos generados de la estimulación lumínica en los recién nacidos en la UCIN – FCI

Gráfico 6 Evaluación de la luz en la UCIN- FCI (Unidad de medida Luxes)



Elaboración propia

Conclusiones

A lo largo de este análisis sobre la filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo y sobre la importancia de implementar acciones pedagógicas que faciliten su ejecución, queda demostrado que intervenciones de este tipo, pensadas y promovidas ampliamente, logran un impacto significativo, primero a nivel de información que va incorporándose al discurso y luego al hacer.

Es significativo que la acción inmediatamente puesta en práctica partió del taller, lo cual se relaciona con un cierto número de datos mencionados por los participantes en relación con experiencias significativas para su saber y hacer obtenidas en el pasado de la misma forma, es decir, viendo hacer y haciendo.

Por supuesto contenidos del Simposio también marcaron al personal que asistió, pero llama la atención que Lactancia materna, Método canguro y Voz, que también se presentaron bajo la misma modalidad de taller, fueron los temas de mayor recordación por los participantes. Mención aparte debe hacerse de la conferencia sobre neurodesarrollo que marcó un alto impacto en los informantes que asistieron al simposio; en este punto es importante señalar que dicha intervención logró acercar los conceptos complejos del neurodesarrollo en la etapa neonatal, de tal manera que fueron claros y comprensibles para la mayoría de un auditorio diverso en formación y experiencia.

Queda claro el esfuerzo y el trabajo incesante realizado por las directivas de la unidad neonatal de la mano del director del Hospital Pediátrico de la Fundación Cardioinfantil y su compromiso con la salud de los RN de Colombia. Es por ello por lo que se han unido esfuerzos con el objetivo de realizar un mejoramiento continuo para ofrecer siempre una atención más humana y bajo el cumplimiento de los estándares de calidad y tecnología.

Efectivamente son evidentes algunos cambios en el hacer y en el pensar de las personas de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de la Fundación Cardioinfantil, lo que se ha traducido en un mayor bienestar de los bebés en sus incubadoras, una mayor participación e involucramiento de los padres y un menor número de intervenciones innecesarias sobre el bebé.

Algunos son cambios que vienen de tiempo atrás y el conocimiento de su fundamento y la constatación del beneficio para los RN han permitido que nuevas propuestas sean tomadas para ser aplicarlas sin resistencia. Se hace referencia especialmente a la posición del bebé en la

incubadora, el empoderamiento de las madres y los padres, en la generación y fortalecimiento de vínculo estableciendo el apego temprano mediante el contacto piel a piel y la lactancia materna, con mayor conciencia de su importancia.

Sin embargo, continúan presentándose dificultades para conservar niveles bajos de ruido e iluminación; dos muy buenos indicadores de una conciencia del cuidado para evitar daño, y que no logran controlarse como es de esperar. Al respecto es importante señalar que los niveles de ruido e iluminación que no se ajustan a la normativa, no dependen totalmente del hacer del equipo en la unidad, sino que responden en gran medida al diseño de la sala, y a la problemática que representa en la inmediatez, la solicitud de adecuaciones físicas en las instalaciones.

Se comprende que éstas no solo significan una inversión económica sino un problema logístico que podría implicar cierres parciales o totales de la unidad, en una ciudad que enfrenta déficit en el número de camas para la atención de recién nacidos pretérmino o con problemas graves de salud.

Por último, y siguiendo las socializaciones de otros equipos que han introducido los CCD en las unidades de cuidado intensivo neonatal, es importante entender que dicha implementación pasa sin duda por algunas adecuaciones (mayores y otras menores del espacio físico de las unidades), pero sobre todo por el compromiso y el trabajo continuo de los equipos de salud y el personal asociado (interdisciplinario) para garantizar la continuidad en la atención del recién nacido y su familia, propósito que puede recibir un soporte importante desde la pedagogía hospitalaria.

Propuestas a Futuro

Para terminar este largo camino de aprendizaje y crecimiento personal y profesional, a continuación, se describen las contribuciones que se han identificado como posibles mejoras en el cuidado y como futuros estudios para seguir aportando un cuerpo de conocimiento basado no sólo en la evidencia, sino también en la propia reflexión sobre la práctica profesional.

Las propuestas de mejora que se desprenden del conocimiento emergido en esta investigación se presentan a continuación desde varios posibles ámbitos de acción con miras de mejorar la calidad de atención de los RN y sus familias, no solo de la UCIN de FCI, sino a un nivel mucho más amplio que cobije a todos los servicios de atención neonatal en el país.

A nivel de docencia

Introducir el conocimiento de los CCD en todos los currículos de formación en enfermería y en los distintos postgrados relacionados con el cuidado en Neonatología. Para asegurar así una buena base teórica y una masificación de estos conceptos en las unidades neonatales de Colombia.

En el campo de investigación

Realizar nuevos estudios que aporten más evidencias de los beneficios de la implantación de los CCD en las unidades neonatales, para que su conocimiento llegue a otras instituciones respaldado por el seguimiento y la sistematización continua.

Profundizar y ampliar algunos de los temas que han emergido en esta misma investigación, para fortalecer el conocimiento de enfermería, introduciendo otros aspectos como el manejo del duelo, la resiliencia y cómo establecer una relación cordial con los padres (empatía) desde la misma filosofía de los CCD.

Realizar un nuevo estudio a partir de la implementación de las propuestas aportadas en este texto en unidades neonatales en el país, para evidenciar sus beneficios y así, seguir progresando en la excelencia del cuidado de los niños nacidos pretérmino o con enfermedades graves.

En cuanto a la unidad neonatal

1. Posibilitar el acceso no restringido de los padres a la unidad.
2. Disponer de asientos cómodos (apoyo de los pies) y próximos a la incubadora que posibilitan el contacto piel a piel entre el RN prematuro y sus padres.
3. Cambios estructurales como: adecuación en los circuitos de iluminación, colocación de blackout en las ventanas que permitan ambientes de penumbras, adquisición de dispositivos indicadores del nivel de ruido (orejeras).
4. Implementación de Horas quitas: disminución de todas las actividades de la unidad para permitir el descanso de los RN.
5. Creación de protocolos de atención en la UCIN (manejo del dolor y manipulación, lactancia materna, Método canguro e introducción de los padres a la UCIN y del encuentro con su hijo).
6. Continuar con las intervenciones desde la pedagogía hospitalaria, en cuanto sea posible para no perder lo ganado hasta el momento, idealmente respondiendo a los intereses mayoritarios de las profesionales del equipo de la UCIN.
7. Dar respuesta a sugerencias y solicitudes posibles de atender en el presente de la unidad y del Hospital Pediátrico de FCI.
8. Estimular la continuidad de este estudio o de otros por parte de los mismos miembros del equipo de profesionales de la UCIN, idealmente de forma interdisciplinaria.
9. Recoger esta línea de base y llevarla a mayor sistematización y logro.
10. Trabajar por constituirse en centro de referencia tanto en la implementación de los CCD, como en la pertinencia de una intervención pensada y cuidadosa desde la pedagogía hospitalaria.

Referencias Bibliográficas

- Agra Varela Y, Aguayo Maldonado J, Álvarez González M, Botet Mussons F, Bustos Lozano G, Díaz Torres P, et al. Unidades de neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Minist Sanidad, Serv Soc E Igual [Internet]. 2014; 175.)
- Agustín Conde-Agudelo, José M Belizán, José Díaz-Rossello. Atención de madres canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en lactantes de bajo peso al nacer, cochrane. 2011
- Als H. Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*.2004; 113(4), 846-857.)
- American Academy of Pediatrics. Committee on environmental health. Noise: a hazard for the fetus and newborn. *Pediatrics*. 1997 Oct;100(4):724-7
- Baeza, M. 2002. De las metodologías cualitativas en investigación científico social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido " Editorial de la Universidad de Concepción.
- Bello Rovira et, al. Los bebés prematuros y su desarrollo visual, Revista sobre discapacidad visual – Edición digital – N.º 58 – septiembre/diciembre 2010, p 1-5
- Browne, J.V. (2011). Developmental care for high-risk newborns: emerging science, clinical application, and continuity from newborn intensive care unit to community. *Clin Perinatol*. 38:719-29.
- Cabañes A, Esther. 2017. Humanización de los cuidados en neonatología
- Cárcamo, H. 2005. Hermenéutica y análisis cualitativo. Cinta de Moebio, Universidad de Chile
- Charpak N, Figueroa Z, Hamel A. El Método Canguro. Padres y Familiares de niños prematuros pueden reemplazar las incubadoras. McGraw Hill. Bogotá; 1997.
- Crittenden, P. (1995). Attachment and psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. New York: The Analytic Press.
- Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. Roué JM1, Kuhn P2, Lopez Maestro M3, Maastrup RA4, Mitanchez D5, Westrup B6, Sizun J1. *Pediatrics Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2017 Jul; p 4.
- Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. *Aloma revista de Psicología, Ciències de l'Educació u de l'Esport*. 2010; 26:15-27.
- González, D.J. (2009 marzo 10). Programa NIDCAP y proyecto Hera: la humanidad y la tecnología pueden y deben convivir en la atención del prematuro. *Pediatría Basada en pruebas*.

- Griffin T. Family-centred care in the NICU. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*. 2006 Jan-Mar;20(1): 98-102.)
- Harillo Acevedo D, Rico Becerra JI, Y López Martínez A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enferm Global*. 2017
- Jorrín y Ruiz, 2017/2018 Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia en el Recién nacido prematuro, España p. 4)
- Kleberg A, Westrup B, Stjernqvist K. Development outcome, child behavior and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Development Care and assessment program (NIDCAP) interventions. *Early Human Development* 2000; 60:123-35.
- López, M. M., Melgar, B. A., De la Cruz, B. J., Perapoch, J., & Pallás, A. C. R. (2013, Dec 2) Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las Unidades de Neonatología de España. *An pediatric (Barc)*. pii: S1695-4033(13)00447-5. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.10.043.
- López, N., Contreras C. E., García, I. F., Miras, B. F., María José. (2008). Manejo del dolor en el recién nacido. *Asociación Española de Pediatría*. 461-469.
- Miquel Capó RN. Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enferm Intensiva*. 2016 p 27
- Moore KA, Coker K, DuBuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. *Pediatrics*. 2003
- Narbona López, Eduardo Contreras Chova, Francisco García Iglesias, Francisco Miras Baldo, María José. Manejo del dolor en el recién nacido. *Asociación Española de Pediatría* 2008:461-469.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Genova: OMS; 2012 [actualizado enero 2015; consultado 14 febrero 2018]. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*; 1-112.
- Palacios Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016 p 48
- Pallás Alonso CR. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contin* [revista en Internet]. 2014 [acceso 29 de noviembre de 2014]; 12(2): 62-7.
- Pallás, A. C. R. (2016). Diseño de la unidad neonatal aplicado al neurodesarrollo. In: De Alvear MT, editor. *Neurodesarrollo en neonatología intervención ultra temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales Buenos Aires: Panamericana*. 119-126.
- Peña Dávila LE, Martínez Garduño MD, Cárdenas Becerril L, Cruz Bello P. Evaluación de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido prematuro. (30 abril 2018): 19-36.

Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing 2011 p190-7

Renfrew, M.J., Craig, D., Dyson, L., McCormick, F., Rice, S., King, S.E., et al. (2009). Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. Health Technology Assessment. NIHR HTA programme. 13:1-146, iii-iv.

Roué J, Kuhn P, López Maestro M, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [Internet]. 2017 [27 febrero 2018]; 102(4): 364-368.

Ruiz Fernández E. Cuidados centrados en el Neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. Rev. enferm CyL 2016;8(1):61-70

Ruiz, J. G., Charpak, N. (2007, 15 Nov). Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro de Cuidado del Recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Universidad Javeriana; Bogotá

Sola A. Dolor, estrés y fármacos que interfieren en el neurodesarrollo. In: De Alvear MT, editor. Neurodesarrollo en neonatología intervención ultra temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales Buenos Aires: Panamericana; 2016. p. 129-144.

Torrioli, MG.; Matricardi, S.: “Le care posturale nel neonato pretermine”. Ponencia Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 2004.

Urra, The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Lat Am Enfermagem. 2007 jun;15(3):508–11

Vieira G. Matías. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev.chil. pediatr.

Villoldo, María Elisa 2017 Impacto del ruido ambiental en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal World Health Organization (WHO). Guidelines values. London; 1999

Referencias páginas web

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300043
<http://www.pediatribasadaenpruebas.com/2009/12/programanidcap-y-proyecto-hera-la.html>

Referencias libros

Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa Janice M. Morse (2006) facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia Ed. Universidad de Antioquia.

Atención integral en neonatología desde la pedagogía hospitalaria Verónica Violant. (2006) Ediciones Aljibe,S.L.

Bases de la investigación cualitativa Anselm Strauss y Juliet Corbin (2016) Ed. Universidad de Antioquia

Bases de la pedagogía hospitalaria aplicada a las etapas vitales Verónica Violant. (2015) Ediciones Aljibe,S.L.

Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Amanda Coffey y Paul Atkinson (2003) Ed. Universidad de Antioquia

Anexos

1. Encuesta:

¿Qué entiende por pedagogía hospitalaria?

¿Cómo cree que este tipo de pedagogía se aplica en el hospital y en el domicilio?

¿Cómo describiría a sus pacientes y cuidadores?

¿Cuál es la función de la pedagogía hospitalaria?

¿Qué profesionales dan respuesta a ésta y en qué momento?

¿Qué necesidades pedagógicas ve en los RN?

¿Qué considera se debería incluir en una propuesta en formación de pedagogía hospitalaria desde su profesión o servicio?

Describa un día en el hospital de sus sueños

2. Historia de la unidad de cuidados intensivo neonatal de la fundación Cardioinfantil



Fue creada en el año **1995**, como contingencia al cierre de la unidad del seguro social



En el año de **1996** nos trasladamos a la segunda (espacio asignado para los RN) con un cupo de 19 camas tal como se encuentra hoy en día

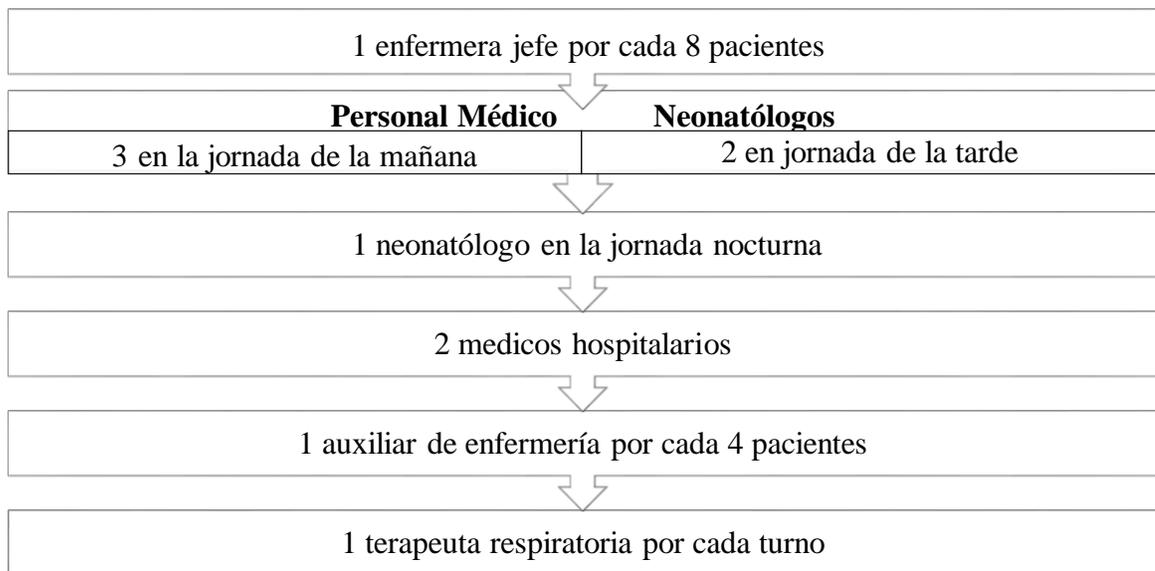


2003 se trasladó al lugar actual funcionamos con alta complejidad, equipo multidisciplinario, personal entrenado en cuidado crítico neonatal conservando el mismo número de camas.

La UCIN –FCI se encuentra ubicada en el tercer piso de la torre C del hospital pediátrico, la cual está dotada de alta tecnología, con una estructura funcional, en la cual se asiste a los recién nacidos remitidos de otras instituciones del país o del mundo, proporcionándoles todos los cuidados especiales que requieren.

Cuenta con un equipo multidisciplinario de especialistas en neonatología que nos permiten ofrecer a cada RN la mejor opción de tratamiento, está equipada por incubadoras de última generación, ventiladores con modalidad de alta frecuencia, lámparas de fototerapia, máquinas para manejo de asfixia (hipotermia) por lo cual es centro de referencia, cánulas de alto flujo entre otros dispositivos para la atención integral del RN. Posee una capacidad de atención de 19 pacientes, distribuidos en dos salas (denominadas A y B) la sala A consta de dos cubículos de aislamiento, un área de enfermería, un cuarto frío (para almacenamiento de insumos) con una capacidad para 6 incubadoras organizadas de manera lineal, la sala B tiene una capacidad para 12 incubadoras, cuenta con un star de enfermería, cada sala cuenta con dispensadores de alcohol y jabón y lavamanos.

Su Staff está conformado por



En los primeros años nuestra población se caracterizaba por contar con el 70% de recién nacido a término y 30% de recién nacidos prematuros, sin embargo, en los últimos años esta proporción se ha invertido. Siendo nuestras patologías más frecuentes en recién nacidos a término las enfermedades cardíacas y asfixia perinatal, seguidas de patologías quirúrgicas, dimorfismo e infecciones. De los RNPT que son admitidos en nuestra unidad el 10-15% ingresan para cierre quirúrgico de Ductus arterioso y morbilidades derivadas de prematurez.

3. Notas de Campo

Observación participante UCIN – FCI

Observación de la interrelación de enfermera jefe y auxiliar con Coraline:

08-06 2018:

Me encuentro de turno en la UCIN de FCI, al llegar me uno al con el grupo de enfermería destinado a realizar su labor, nos saludamos, y cada una se dirige al star para prepararse a iniciar la jornada, en este turno son 3 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería que ingresan a las 6am. Reciben turno pasando por cada paciente,(cada enfermera jefe tiene a su cargo entre 6 y 7 pacientes y las auxiliares tiene entre 5 y 6 cada una) momento en el cual son informadas por sus pares del turno de la noche de los sucesos ocurridos, los paraclínicos que están por tomar o pendientes de reporte y los cambios en el manejo, entre tanto yo adelanto con médico de guardia las urgencias que se presentaron y luego en conjunto con el grupo médico, pasamos por cada paciente, informándonos de todo lo ocurrido durante la noche.

Al terminar la entrega de turno, la enfermera jefe pasa a examinar a cada paciente, realiza el lavado de manos y posteriormente las frota para calentarse, se pone los guantes, abre la puerta de la incubadora y con voz tenue casi susurrante saluda al RN “hola, amor mío, (la llama por su nombre, Coraline, ¿cómo pasó la noche la princesa?” Le cuenta que debe tomarle exámenes, “pero no te dolerá lo prometo” pasa sus dedos por la cara acariciándola, la calma y toma los exámenes; luego le dice “ves corazón, no te dolió, te lo prometí y cumplí”. Mientras tanto cada jefe y su auxiliar hacen sus actividades de manera rutinaria e independiente con los pacientes a su cargo.

En ese la auxiliar de enfermería marca las muestras de laboratorio y las envía para su procesamiento, se retira los guantes y se realiza nuevamente lavado de manos, se coloca un nuevo par de guantes, frota sus manos y se dirige a bañar a Coraline, le quita el pañal, la toma en sus brazos cuidadosamente “amor te voy a bañar, el agua está calientica pero no nos demoraremos, vas a estar fresca, limpia para cuando lleguen tus papis te vean linda”. La mete en la bañera, le da masajes circulares; realiza baño y secado, le pone el pañal, conecta los dispositivos de monitorización y en dicho momento ingresan los padres, los saluda, les cuenta que ya la baño, y ayuda a ponerla en posición canguro, luego se dispone a arreglar la incubadora. Inicia retirando la

ropa sucia, la lleva al compresero, regresa con sábanas limpias, hace el nido “ya tu incubadora esta lista” ayuda a la mamá a iniciar lactancia materna y a sacar gases.

En esos momentos la enfermera jefe realiza notas y organiza medicamentos para administrar. Luego se acerca a cada RN y les cuenta a los padres cómo pasó la noche el RN y les explica que medicamentos le va a administrar. Esto lo hace con cada paciente a su cargo, mientras tanto la auxiliar está ayudando a los padres de Coraline a acostarla en su nido dentro de la incubadora y realiza toma y registro de signos vitales.

Durante el transcurso de la mañana el personal médico, pasa por cada paciente a cargo, hacen el examen físico del RN, con esta información obtenida de esa acción, se dirigen a realizar notas en la historia clínica, a instaurar un plan de manejo.

Sobre las 11 am los neonatólogos brindan información de los padres acerca de la condición clínica de cada paciente, el reporte de paraclínicos, los cambios de tratamiento, se permite realización de preguntas, se dan respuesta, se aclaran dudas.

Cada accionar de enfermería, ya sea la jefe o auxiliar se registra en el sistema; al igual que la toma de signos vitales.

A las 13 horas llega el nuevo grupo del personal de salud, se realiza la entrega de turno por pacientes y el accionar es el mismo en todas las jornadas.

Observación jornada de la tarde

Desarrollo de actividad de una auxiliar de enfermería en UCIN -FCI

Noviembre 18 de 2018: a las 13 horas ingresa el personal de enfermería para disponerse a realizar la jornada de la tarde, sonrientes saludan, realizan lavado de manos y se disponen a recibir el turno, cada enfermera jefe pasa por cada RN que tiene a su cargo y junto con su auxiliar reciben la información que tiene sobre cada paciente y lo que está pendiente por hacer y reportar.

La auxiliar realiza nuevamente limpieza de mano , se dirige donde uno de sus pacientes, lo saluda cariñosamente “ Andresito hola, como estas de grande, te voy a organizar tu camita” mientras lo acaricia suavemente preguntándole “ y mi bebe hermoso como paso la mañana, que me cuenta” hace una pausa como esperando la respuesta del RN , y si la tiene (gorjea) continua estimulando la interacción del bebé; realiza higiene, cambia pañales, hace medición de gasto urinario y fecal, cambia la ropa de la cama, hace el nido, le da el biberón, saca los gases y toma signos vitales.

En este momento ingresan los padres a la visita, los saluda como si los conociera de toda la vida, con respeto los llama por su nombre “Ana María cómo está, desea que le ayude a sacar a Andrés para que lo cargue” toma al bebé suavemente, lo pone en contacto piel a piel con la madre (esto lo hace con cada RN y familia a su cargo). Realiza registros de su acción en el sistema.

Todo lo anterior ocupa gran parte de su turno, muchas son acciones repetitivas como toma de signos vitales, lactancia, arreglo o limpieza del bebe y su entorno.

Entre cada actividad recibe ingresos, lleva a pacientes a realización de imágenes diagnósticas, participa en el alta (o salida de RN) y para esta última actividad explica a los padres cuales son los signos de alarma y re consulta, explica nuevamente cómo dar lactancia, inculca continuar haciendo contacto piel a piel. Pasado un espacio de tiempo regresa con los padres y lleva a cabo una actividad de evaluación antes del egreso con el fin de asegurarse que tiene claro lo informado antes del alta.

Sobre las 20 horas ingresa el nuevo grupo de turno, realiza entrega de turno por cada paciente, se despide de los bebes y sale de la UCI.

4. Medición de intensidad de la luz (unidad de medida: Luxes)

<i>Pre-intervención</i>	<i>Intervención</i>
175	580
116	357
166	166
104	16
408	288
430	330
413	510
223	205
436	743
526	638
317	402
715	656
628	419
112	343
623	723
378	210
689	623
18	102

4.1 Medición de intensidad del ruido (unidad de medida decibeles)

<i>Pre-intervención</i>	<i>Intervención</i>
59	74
72	69
72	67
62	70
62	70
70	61
63	81
70	73
86	50
67	46
41	49
49	49
49	49
49	56
55	55
56	60
59	61
60	60

5. Videos sobre Taller con personal de Barcelona (septiembre 2018)

Video 1: <https://youtu.be/NKrx7AK-LBc>

Video 2: <https://youtu.be/gH8cHmMhRAk>

Video 3: <https://youtu.be/vWHfpRVEAzs>

Video 4: <https://youtu.be/UECf6kuAuwo>

Video 5: <https://youtu.be/E6ySp85qKh0>

6. Temario del simposio



	
8:00 - 8:30 a.m.	Bienvenida y contexto en Pedagogía Hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Jaime Céspedes – Pediatra, Director Hospital Pediátrico • Fundación Cardionfántil – IC • Dra. Verónica Violant - PhD Psicología, Investigadora Principal del Grupo de Investigación Pedagogía Hospitalaria en Pediatría y Neonatología • Universidad de Barcelona • Dra. Gloria Troncoso – Neonatólogo, Jefe UCN • Fundación Cardionfántil – IC • Patricia Corra – Coordinadora Programa Palabras que Acompañan • Moderador: Dra. María Paula Céspedes Coordinadora de Pedagogía Hospitalaria Fundación Cardionfántil – IC
8:30 - 9:30 a.m.	Mesa 1: Cuidados centrados en el desarrollo y en la familia, el modelo NIDCAP <ul style="list-style-type: none"> • Moderador: Dra. Verónica Violant - PhD Psicología, Directora y Profesora titular del Departamento de Didáctica y Organización Educativa Facultat de Educació, Universitat de Barcelona • Dr. Joseph Perapoch Neonatólogo, jefe de sección de Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Josep Trueta de Girona y Director del Centro de Formación NIDCAP Barcelona Vall d'Hebron
9:30 - 10:00 a.m.	Mesa 2: Conociendo la población <ul style="list-style-type: none"> • Moderador: Dra. Patricia Corra, Coordinadora Programa Palabras que Acompañan • Dra. Oriana Álvarez Fellow Neonatología / Fundación Cardionfántil – IC • Dra. Gloria Troncoso Neonatólogo, jefe de UCN / Fundación Cardionfántil – IC • Diana Ballesteros Iniciadora Bepac / Fundación Cardionfántil-IC
10:00 - 10:15 a.m.	Refrigerio
10:15 - 11:15 a.m.	Mesa 3: El tiempo de la ética y la ética del tiempo <ul style="list-style-type: none"> • Moderador: Dra. María Paula Céspedes, Coordinadora de Pedagogía Hospitalaria, Fundación Cardionfántil – IC • Dra. Verónica Violant PhD Psicología, Directora y Profesora titular del Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Facultat de Educació, Universitat de Barcelona • Dra. Gloria Troncoso Neonatólogo, jefe de UCN / Fundación Cardionfántil – IC

Temas del Simposio “Aprendiendo de los bebés”

Mesa 1. Cuidados centrados en el desarrollo y el modelo NIDCAP

Mesa 2. Conociendo la población

Mesa 3. El tiempo de la ética y la ética del tiempo

Mesa 4. Método madre canguro en la unidad neonatal y seguimiento ambulatorio

Mesa 5. Neuroprotección y Neurofisiología

Mesa 6. Valorando las conductas del recién nacido: práctica observacional

Mesa 7. Resiliencia, duelo y gestión de emociones de los padres y la familia del bebé nacido prematuramente

Mesa 8. Kinestesia y actividad física para los bebés y sus cuidadores

Mesa 9. La voz del bebé

Mesa 10. La educación en el hospital. Estrategias y recursos

Mesa 11. Lactancia materna y nutrición neonatal- familiar

Mesa 12. Competencias del cuidador de los bebés y sus familias

Mesa 13. Programa de Asfixia perinatal

Mesa 14. Reflexiones de cierre

Mesa 15. Taller teórico práctico: intervención e investigación cualitativa en neonatología

7. Guía grupos focales

¿Qué entienden por pedagogía hospitalaria?

¿Cómo cree que este tipo de pedagogía se aplica en el hospital y en el domicilio?

¿Cómo describiría a sus pacientes y cuidadores?

¿Cuál es la función de la pedagogía hospitalaria?

¿Qué profesionales dan respuesta a ésta y en qué momento?

¿Ustedes creen que los RN tiene necesidades pedagógicas y cuáles son?

¿Qué necesidades pedagógicas ve en los RN?

¿Qué considera se debería incluir en una propuesta en formación de pedagogía hospitalaria desde su profesión o servicio?

Describa un día en el hospital de sus sueños

8. Encuentras individuales

Encuesta posterior a simposio

NOMBRE COMPLETO	
EDAD (PROMEDIO)	
SEXO	
CARGO	
TURNO	

1. ¿Usted tuvo información del simposio?

Sí

No

2. ¿De los temas del SimposioCuál /cuales le llamó más la atención?

3. ¿Usted pudo asistir al simposio? ¿Recuerda a cuál?

4. ¿Llenó sus expectativas?

Sí

No

4. a ¿Por qué?

5. ¿Si se publican las memorias de cuál de las charlas/mesas quisiera tener el texto?

Cuidados centrados en el desarrollo

NOMBRE COMPLETO	
EDAD (PROMEDIO)	
SEXO	
CARGO	
TURNO	

1. ¿Conoces el término Cuidados Centrados en el Desarrollo?

Sí

No

2. ¿Cómo defines los Cuidados Centrados en el Desarrollo?

3. ¿Los temas tratados en el simposio y/o Taller aportaron a su conocimiento sobre CCD?

Sí

No

3. a ¿Recuerdas cuál?

5. Los CCD se componen de 2 grandes aspectos, el macro y microambiente, en este último hace parte la contención o formación de nidos... ¿En la UCIN -FCI que ha significado la incorporación del nido y que ha significado en el bebé?

9. Tabla de Categorización

<i>CATEGORÍA</i>	<i>SUBCATEGORÍA</i>	<i>PREGUNTAS</i>
<i>Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD)</i>	Descripción de la población	¿Cómo describirían a sus pacientes y a sus cuidadores?
	Definición de CCD	¿Cómo define los CCD?
	Aportes del CCD a la mejora del servicio	¿Los temas tratados en el Simposio y/o Taller aportaron a su conocimiento sobre CCD?
		¿RecuerdaCuál?
		¿En la UCIN - FCI qué ha significado la incorporación de los nidos y qué ha significado para los recién nacidos?
		Acciones de CCD que se llevan a cabo en la unidad en la cotidianidad
<i>Pedagogía Hospitalaria (PH)</i>	Definición de la PH	¿Qué entiende por PH?
	Función de la PH y quiénes la realizan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)	¿Cuál es la función de la PH en el hospital y en el servicio
		¿Qué profesionales participan como pedagogos hospitalarios?
	Necesidades pedagógicas o de educación de las familias y los pacientes	¿Desde el punto de vista de la PH, ustedes piensan que los neonatos tienen necesidades pedagógicas y si es así creen que se cubran sus necesidades?

	Necesidades pedagógicas o de educación del equipo de la UCIN	¿Qué debería incluir, atendiendo a su profesión y área de trabajo, una propuesta de formación desde la PH?
		Si se publicaran las memorias del Simposio ¿de cuál de las charlas o mesas quisiera tener el texto?
		Describa un día en la UCIN de sus sueños
	Aportes de la PH a la mejora del servicio	¿Cómo cree que una formación en PH podría aportar para mejorar la calidad de los servicios que se prestan en la UCIN?
		¿La intervención desde PH en el pasado Simposio llenó sus expectativas?
	Contenidos y disposición a la formación	Si le dejaran llenar una mochila de formación, ¿de que la llenaría?
		¿Usted tuvo información del Simposio?
		¿Usted pudo asistir al Simposio? ¿Recuerda a cuál Mesa?
		¿De los temas del Simposio, cuáles llamaron más su atención?

Elaboración propia

Otros Anexos

1. Registros Fotográficos

Unidad neonata Fundación Cardioinfantil



Formato de Consentimiento de participación en Grupos focales

PROCESO DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	
Nombre: _____	
Área: _____	
Preguntas para conformar el grupo de discusión	
¿Cuál es su formación académica?	
¿Cuántos años lleva ejerciendo?	
¿Cuántos años lleva en la Fundación Cardioinfantil?	
¿Cuál es la población con la que se siente con mayor experiencia (pediátrica – neonatos)?	
¿Qué cursos ha realizado de formación continuada en el campo de la pedagogía (cursos de actualización, seminarios, diplomados)?	




Fundación Cardioinfantil - IC
Septiembre 26 al 29
2018


**II Simposio Internacional
en Pedagogía Hospitalaria**
"Aprendiendo de los Bebés"

 **FUNDACIÓN
CARDIOINFANTIL**
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA 

“A veces las cosas más pequeñas llenan más espacio en tu corazón...”

anónimo