

ORIGINAL

Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar[☆]



María Teresa Montes Bueno^a, Ana Quiroga^b, Susana Rodríguez^{c,*}, Augusto Sola^d y miembros del Capítulo de Enfermería de SIBEN[◇]

^a Departamento de Pediatría, Servicio de Neonatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina

^c Dirección de Docencia e Investigación, Hospital de Pediatría Garrahan, Buenos Aires, Argentina

^d SIBEN Sociedad Iberoamericana de Neonatología, New Jersey, USA

Recibido el 6 de junio de 2015; aceptado el 27 de julio de 2015

Disponible en Internet el 26 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Cuidado intensivo neonatal;
Cuidado centrado en la familia;
Padres;
Acceso irrestricto

Resumen

Introducción: El ingreso de la familia en UCIN trae beneficios al RN y su familia, como eje de la atención humanizada.

Objetivo: Conocer el estado actual sobre acceso de padres y familias en UCIN de Iberoamérica. **Métodos:** Estudio transversal en 15 países de Iberoamérica. Dos cuestionarios: 1) para enfermeros jefes con tareas de gestión y conducción, y 2) para enfermeros en tarea asistencial. Se exploró sobre características y modalidades de funcionamiento; uso de guías de acceso, opinión personal sobre derecho a ingresar, riesgos, interferencias o colaboración relacionadas al ingreso, y papel de enfermería en las decisiones. Líderes de enfermería de cada país identificaron contactos y obtuvieron autorización según regulaciones de cada país. Las repuestas fueron analizadas en forma centralizada sin identificación del participante.

Resultados: Seiscientos cuarenta cuestionarios; respuesta en 226 (35%). Entre 52 UCIN, el 63% dispone de lugar para estancia de madres (solo el 27% durante la noche); en el 31 (60%) existen carteles que indican sobre horarios fijos para «visitas» de padres. El ingreso irrestricto existe en solo 19 UCIN (36%); para hermanos y abuelos es más restringido (en el 29% no es posible). Entre las 174 enfermeras, el 76% considera que las madres deben acceder siempre, pero estos porcentajes disminuyen para padres, hermanos y abuelos; el 77% opina que enfermería favorece y el 35% que dificulta el acceso. Adicionalmente, el 48% opina que el ingreso interfiere con tareas de enfermería.

[☆] Este trabajo ha sido presentado en el XI Congreso Anual y IX Congreso del Capítulo de Enfermería de SIBEN, celebrado en la ciudad de México DF, del 20 al 23 agosto del 2014.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: susiro007@gmail.com (S. Rodríguez).

◇ Los participantes en capítulo de Enfermería de SIBEN se presentan en el [anexo 1](#).

KEYWORDS

Neonatal intensive care;
Family-centred care;
Parents;
Unrestricted access

Conclusión: Es necesario un cambio cultural en las UCIN de Iberoamérica para que se respeten los derechos de los RN y sus familias durante la internación.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Family access to Neonatal Intensive Care Units in Latin America: A reality to improve**Abstract**

Introduction: Family access to NICUs has benefits for the newborn (NB) and family, as the main way of humanised care.

Objective: To determine the current state of parents and families access to NICUs in Latin America.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 15 countries using two questionnaires: 1) directed at head nurses with management and supervision activities, and 2) nurses with care tasks. The features and modes of functioning were examined; the use access guides, personal opinion on the rights to enter, risks, interference, or collaboration as regards the patient, and nursing role in decisions. Nursing leaders of each country identified contacts and obtained authorisation under the regulations of each country. The responses were analysed centrally with the participants remaining anonymous.

Results: Out of 640 questionnaires issued, responses were received by 226 (35%). Among 52 NICU, 63% have a place for mothers to stay (only 27% overnight), and in 31 (60%) there are notices with fixed schedules for visiting the NB. Unrestricted access exists in only 19 NICU (36%), but for siblings and grandparents it is more restricted (it is not possible in 29%). Among the 174 nurses that responded, 76% feel that mothers should always have access, but these percentages decrease for fathers, siblings and grandparents. A large majority (77%) believe that nursing staff would favour access, and 35% would make it difficult. In addition, 48% believed that access interferes with nursing care.

Conclusion: A cultural change is needed in the NICUs in Latin America in order to respect the rights of newborns and their families during hospitalisation.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El recién nacido (RN) sano mantiene un vínculo estrecho con sus padres desde la sala de partos; accede luego al sector de internación conjunta y no se separa de su entorno familiar. Por el contrario, el RN prematuro o enfermo debe necesariamente ser asistido en una Unidad de Neonatología con progresivos niveles de complejidad y recursos humanos y tecnológicos especializados acordes a la gravedad del niño.

En estas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) los neonatos permanecen internados desde días hasta meses para recibir intervenciones diagnósticas y terapéuticas tendientes a resolver y/o mejorar sus problemas; este entorno poblado por profesionales sanitarios, equipamientos, ruidos y luces, entre otros, es frecuentemente intimidante para el ambiente familiar. Es así que la internación neonatal interfiere en diferentes grados con el vínculo entre el RN y su familia.

No es infrecuente que en las UCIN existan modalidades que tiendan a restringir la presencia de los padres y la familia junto al niño enfermo. Sin embargo, la evidencia de la importancia de la madre al lado del niño y de la necesidad de

proveer un cuidado centrado en la familia ha ido creciendo desde la década de 1980¹⁻⁴.

Un ingreso irrestricto facilita, entre otras cosas, que los padres recuperen su protagonismo, mejoren su autoestima perdida ante la realidad de un hijo distinto del imaginado y cambien la sensación de duelo anticipado, concibiendo la posibilidad real de un presente y un futuro de vida plena. Asimismo, existe evidencia de que la presencia cercana de sus padres en la UCIN facilita la recuperación del RN y disminuye la estancia hospitalaria en prematuros⁵. A pesar de esto, los estudios que se han realizado recientemente en Europa muestran cómo la entrada libre de los padres no es todavía una práctica uniformemente aceptada⁶. Un programa de ingreso irrestricto de los padres a la UCIN debe acompañarse de otras acciones que hacen al grupo familiar, como las visitas dirigidas de hermanos y abuelos. Estas son todas experiencias trascendentes de gran apoyo emocional para los padres y muy gratificantes para los agentes de salud⁷.

Es indiscutible en la actualidad que el RN internado tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo posible y que el acceso libre de la madre a la UCIN es un eje básico del respeto de los derechos de la madre y el niño. Las

tasas de morbilidad neonatal entre países de Iberoamérica son marcadamente variables; no se conoce si existen también diferencias en la forma que los equipos de salud actúan sobre el acceso de las familias a las UCIN.

La calidad y los resultados del cuidado neonatal tienen relación directa con un número suficiente de personal de enfermería, con adecuada formación y con actitudes y conductas adecuadas. Es posible que esto también sea necesario para que pueda ocurrir la generalización del cuidado humanizado. En la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN), el capítulo de enfermería mantiene una intensa actividad educativa a través de una red de enfermeros que desarrollan sus actividades en diferentes países de Latinoamérica y España. En este marco, y con el apoyo de SIBEN, nos propusimos realizar un estudio con el objetivo de conocer el estado actual sobre acceso de las familias en las UCIN en Iberoamérica. En forma específica, se exploran cuáles son las modalidades de organización de las unidades en relación con el acceso y se analizan las opiniones de enfermeros/as sobre el ingreso de la familia, así como el potencial rol de enfermería para liderar los cambios destinados a derribar las barreras de acceso.

Material y métodos

Estudio de corte transversal, mediante cuestionarios administrados a enfermeros/as de UCIN en Iberoamérica, entre el 1 de mayo del 2014 y el 30 julio del 2014.

Se elaboraron 2 cuestionarios diferentes mediante un proceso estandarizado que consistió en la definición de dimensiones, la elaboración de preguntas, la revisión y la reducción de las mismas por consenso. Mediante una prueba piloto se evaluaron la comprensión y la consistencia de cada pregunta. Finalmente se editaron los cuestionarios en su versión final para ser administrados mediante formato web.

Los destinatarios o respondedores para cada cuestionario fueron categorizados en 2 grupos:

- *Jefes de enfermería con tareas de gestión y conducción*: para evaluar la organización, el funcionamiento y los ambientes facilitadores o no del acceso de los padres en cada UCIN.
- *Enfermeras con tarea asistencial*: para conocer opiniones y actitudes sobre la presencia de padres y familia en la UCIN, y sobre cómo conciben su papel para facilitar o promover posibles cambios.

El cuestionario para enfermeros jefes constó de 26 preguntas de opción múltiple sobre 2 dimensiones: características de la unidad (infraestructura y comodidades para la familia) y modalidades de funcionamiento (normas de acceso, participación de la familia en los cuidados del RN y procesos para la toma de decisiones). El cuestionario para enfermeros asistenciales tuvo respuestas tipo Likert⁸ (desde total acuerdo hasta nada de acuerdo); 24 ítems sobre uso de guías de acceso, opinión personal sobre quién debe acceder la UCIN, riesgos e interferencias del acceso y papel de enfermería en las decisiones.

Desde el centro coordinador se envió la invitación para participar en el estudio a través de correo electrónico; en dicho correo se incluyó un enlace en página web para

contestar cada cuestionario en forma confidencial y anónima; los únicos datos que vinculaban el cuestionario con el respondedor eran el país y el tipo de unidad.

Fueron invitados a participar enfermeros de UCIN en Iberoamérica, pertenecientes a maternidades con más de 1.500 partos anuales y/o más de 250 egresos anuales. Para la selección se contó con líderes de enfermería de cada país que identificaron las unidades y los contactos de cada ciudad; ellos contaban con una copia completa del protocolo de investigación para solicitar la autorización para el estudio según las regulaciones y comités vigentes de cada país.

Todas las repuestas fueron ingresadas en una base de datos y analizadas en forma descriptiva mediante tablas de frecuencia y gráficos, utilizando porcentajes, medias o medianas y desviaciones estándar o rangos, según correspondiera.

Resultados

Se enviaron 640 cuestionarios. Se obtuvo respuesta completa en 226 (35%). En la [tabla 1](#) se presenta la frecuencia de envíos y respuestas por cada país observándose amplia variabilidad.

Respondieron 52 jefes de enfermeros de UCIN de 13 países: Argentina (11), España (10), Uruguay (9), México (5), Chile (4), Perú (3), Bolivia (2), Colombia (2), El Salvador (2), Venezuela (1) Honduras (1), Cuba (1) y Ecuador (1). Las unidades tienen en promedio 4.020 partos y el 42% cuenta con más de 500 egresos anuales.

En el 63% de los casos (33 UCIN) existe un lugar específico para la estancia de las familias, pero en solo el 27% esos espacios están disponibles durante la noche y en el 29% se considera que es insuficiente. Hay disponibilidad de sectores para alojamiento conjunto y lactario en 33 UCIN (63%) y 40 UCIN (78%), respectivamente. En 31 unidades (60%) existen carteles que indican horarios fijos para «visitas» de los

Tabla 1 Acceso de las familias a las Unidades de Internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar

| País | Cuestionarios Enviados | Recibidos | Tasa de respuesta (%) |
|-------------|------------------------|-----------|-----------------------|
| Argentina | 92 | 38 | 41,3 |
| Bolivia | 8 | 5 | 62 |
| Brasil | 3 | 0 | 0 |
| Chile | 32 | 20 | 62 |
| Colombia | 21 | 13 | 62 |
| Costa Rica | 2 | 0 | 0 |
| Cuba | 15 | 15 | 100 |
| Ecuador | 4 | 2 | 50 |
| El Salvador | 18 | 5 | 28 |
| España | 139 | 36 | 26 |
| Honduras | 1 | 1 | 100 |
| México | 23 | 10 | 43,5 |
| Perú | 106 | 37 | 35 |
| Uruguay | 33 | 13 | 39,4 |
| Venezuela | 143 | 30 | 21 |
| Total | 640 | 226 | 35,3 |

Tabla 2 Características de organización en 52 UCIN de Iberoamérica

| Característica | UCIN que reportan la presencia N (%) |
|--|---|
| Lugar de estancia para el día | 33 (63) |
| Lugar de estancia para la noche | 14 (27) |
| Lugar suficiente | 15 (29) |
| Alojamiento conjunto | 33 (63) |
| Lactario | 40 (77) |
| Carteles con horario de ingreso | 31 (60) |
| Intercomunicadores | 25 (48) |
| Información escrita sobre reglas de acceso | 44 (84) |

padres y en el 48% se dispone de intercomunicadores para solicitar permiso de acceso. Además, en 44 UCIN (84%) se entrega material escrito (folletos o similar) para informar sobre las reglas de acceso (tabla 2).

Las políticas relacionadas con el ingreso fueron diversas; para su descripción las clasificamos en: ingreso irrestricto (24 h sin aviso previo), sin horario (24 h, pidiendo permiso antes), con horarios fijos o con horarios fijos sólo durante el día. En la tabla 3 se presentan las modalidades para madres y padres; solo en el 36% de los casos se reporta un acceso irrestricto. En la mitad de los casos se dan informes en horarios previamente establecidos. El acceso para hermanos y abuelos resulta en general más restrictivo; en solo el 36% de las unidades (n = 19) se permite su ingreso todos los días de la semana; en el 29% (15 UCIN) el ingreso se permite una vez a la semana, en el 6% (3 UCIN) lo permiten en forma excepcional y en el 29% restante (15) no se permite nunca.

En relación con la participación de los padres en el cuidado del bebe, en 48 UCIN (92%) está permitida; las principales actividades que realizan son la higiene y alimentación del RN. Sin embargo, la participación o presencia de los padres durante procedimientos es mínima (el 22% reporta que nunca se les permite a los padres estar presentes acompañando a su hijo, el 26% solo lo permite para procedimientos menores y el 34% lo hace solo por excepción). En solo 9 casos (18%) es posible que los padres estén presentes en todos los procedimientos si lo solicitan.

El 80% de las UCIN tiene guías explícitas sobre el ingreso de las familias, pero solo en el 10% de los casos existe participación de enfermería en su elaboración.

El segundo cuestionario fue contestado por 174 enfermeros asistenciales de 12 países de Iberoamérica; el 74% trabaja en el sector público y el 96% es de sexo femenino. En la figura 1 se muestran sus opiniones sobre si

Tabla 3 Tipos de acceso en UCIN para madre y padre (n = 52 unidades)

| Acceso a la UCIN | Madre | Padre |
|--|-------|-------|
| Con horario (durante del día) | 27% | 31% |
| Con horario (durante del día y la noche) | 10% | 6% |
| Sin horario con aviso previo | 27% | 27% |
| Irrestricto | 36% | 36% |

¿Debería ingresar a la unidad de neonatología cuando lo desea?

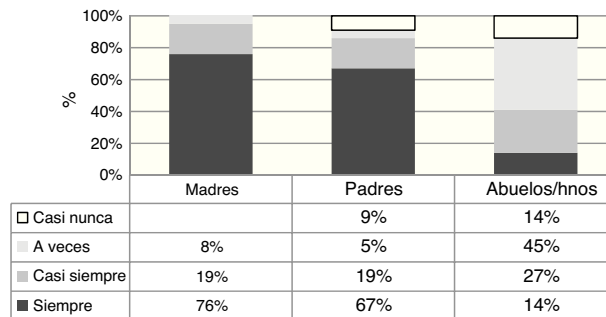


Figura 1 Opinión de 174 enfermeros/as sobre el ingreso de la familia a las UCIN.

madres, padres, abuelos o hermanos deben poder ingresar a la UCIN cuando lo desean. Si bien el 76% contesta que las madres deben hacerlo siempre, los porcentajes son progresivamente menores para padres, abuelos o hermanos. Un 48% piensa que el ingreso de padres interfiere con la tarea de enfermería; el 41% dice que la madre interfiere sobre el descanso del bebe. Cuando indagamos sobre la colaboración de los padres en la UCIN, un 40% dice que ellos siempre colaboran en los cuidados y el 46% considera que es importante para la seguridad de los cuidados.

Finalmente, exploramos cómo percibe el enfermero su papel, en qué medida considera su accionar como facilitador u obstaculizador (poniendo barreras) para el acceso de los padres a UCIN: el 77% considera que ellos favorecen el ingreso y un 35% opina que lo dificulta (tabla 4).

De las 174 enfermeras, 118 (68%) consideran que la decisión final sobre el ingreso depende de enfermería y 89 (51%) respondieron que se sienten con capacidad para modificar las normas de acceso de la familia en sus unidades. Más del 80% opina que los médicos conocen las normas y que creen que ellos están de acuerdo, pero el 77% respondió que no las respetan.

No fue un objetivo a priori buscar diferencias o heterogeneidad entre países, ya que la participación fue voluntaria y muy variable, como se reporta en «Métodos» y al comienzo de esta sección. En forma post hoc exploramos si se observaba algún tipo de variaciones entre las regiones para algunas preguntas índice. En la tabla 5 se observa la opinión sobre el ingreso de madres, padres y abuelos; según países y globalmente, puede verse que existen diferencias, si bien en la mayoría de los países el padre parece ser considerado con menor derecho a acceder que la madre;

Tabla 4 Actitud de enfermería frente al acceso de los padres a la UCIN (n = 174 respuestas)

| | Enfermería facilita y promueve el acceso (n = 174) | Enfermería pone barreras que dificultan el acceso (n = 174) |
|--------------|--|---|
| Siempre | 44% | 9% |
| Casi siempre | 33% | 26% |
| A veces | 18% | 39% |
| Casi nunca | 5% | 26% |

Tabla 5 Ingreso irrestricto de la madre, el padre y los abuelos a UCIN según países desde la perspectiva de los enfermeros (n = 174 respuestas)

| País | Número de enfermeras que contestaron | Respuesta «siempre» deben poder ingresar las madres | Respuesta «siempre» deben poder ingresar los padres | Respuesta «siempre» deben poder ingresar los abuelos |
|-------------|--------------------------------------|---|---|--|
| Argentina | 26 | 92% | 81% | 29% |
| Bolivia | 3 | 100% | 100% | 0% |
| Chile | 17 | 82% | 76% | 12% |
| Colombia | 11 | 91% | 90% | 45% |
| Cuba | 14 | 57% | 7% | 0% |
| Ecuador | 2 | 100% | 100% | 0% |
| El Salvador | 3 | 100% | 100% | 0% |
| España | 26 | 54% | 65% | 7% |
| México | 5 | 60% | 60% | 0% |
| Perú | 34 | 88% | 68% | 9% |
| Uruguay | 4 | 75% | 75% | 0% |
| Venezuela | 29 | 65% | 58% | 14% |
| | | Media \pm DE, 80 \pm 17% Mediana 85% | Media \pm DE, 73 \pm 26% Mediana 76% | Media \pm DE, 10 \pm 14% Mediana 4% |

en el caso de abuelos, este derecho es considerado casi excepcional (0-45%). En la [tabla 6](#) se presenta de modo comparativo si el proceso de facilitar o poner barreras por parte de enfermería es variable países.

Discusión

Aún queda mucho por cambiar para que los derechos del RN y su familia sean respetados en las UCIN de Iberoamérica. Los datos muestran que si bien hay dificultades en la infraestructura y en la modalidad de funcionamiento de las unidades, existe gran variabilidad en las actitudes de los propios enfermeros. Sin duda es costoso construir nuevas unidades o modificar estructuras según estándares descritos⁹ que facilitan el bienestar familiar, pero se ha demostrado que prácticas centradas en la familia, como el

cuidado piel a piel no está relacionada con la disponibilidad de recursos materiales¹⁰. Se ha sostenido que cada UCIN es de alguna manera similar a una cultura y que en algunas de las UCIN también existen subculturas en diferentes turnos de enfermería. Cambiar una cultura no es algo simple, si no se modifican actitudes y enfoques personales.

En forma global, los datos de nuestro estudio muestran que la situación de padres, abuelos y hermanos resulta más desfavorable que la de la madre del RN, para quien existen seguramente necesidades de participación básica, como es el caso de mantener su lactancia. Indiscutiblemente, la madre ocupa un lugar primordial en la constitución familiar¹¹; sin embargo, no podemos desconocer el papel y las necesidades del resto de los componentes de la familia.

Es destacable que un alto porcentaje de enfermeros reconoce que enfermería es un elemento capaz de producir

Tabla 6 Enfermería como facilitador o barrera para el acceso familiar a la UCIN según países (n = 174 respuestas)

| País | Número de enfermeras que contestaron | Respuesta: enfermería «siempre» facilitan el acceso | Respuesta: enfermería «siempre» pone barreras para el acceso |
|-------------|--------------------------------------|---|--|
| Argentina | 26 | 48% | 7% |
| Bolivia | 3 | 67% | 0% |
| Chile | 17 | 41% | 12% |
| Colombia | 11 | 82% | 18% |
| Cuba | 14 | 21% | 43% |
| Ecuador | 2 | 100% | 0% |
| El Salvador | 3 | 33% | 0% |
| España | 26 | 27% | 0% |
| México | 5 | 40% | 0% |
| Perú | 34 | 59% | 3% |
| Uruguay | 4 | 25% | 25% |
| Venezuela | 29 | 41% | 7% |
| | | Media \pm DE, 49 \pm 24% Mediana 41% | Media \pm DE, 10 \pm 13% Mediana 5% |

cambios y de tomar decisiones en relación al acceso, de modo que las estrategias de concientizar y educar al personal de enfermería podrían tener un impacto real para el mejor cumplimiento del derecho del niño y su familia; 2 estudios realizados en España (2006 y 2013) indican que podemos mejorar en este aspecto con formación y concienciación^{12,13}.

La disparidad encontrada en este estudio confirma lo que podría inferirse de otras publicaciones de diversas épocas de algunos países de Iberoamérica. Por ejemplo, en Argentina desde 1988 algunos de los autores trabajaron implementando la presencia irrestricta de los padres en UCIN (especialmente la madre) estableciendo un área de internación conjunta del bebe aún enfermo con su madre las 24 h, área a la cual llamaron «recuperación neonatal» para afianzar el vínculo y facilitar la transición de la UCIN a casa¹⁴. Sin embargo, una encuesta realizada en el mismo país 22 años más tarde¹⁵ muestra una gran disparidad en la vulnerabilidad de los derechos del RN. En Madrid¹⁶ se midió el tiempo que las madres pasaban al día con su hijo RN internado y el 85% dijo que querría estar más tiempo con su hijo. En otro estudio de España¹² se reportó que el 82% de 27 unidades ya tenían acceso libre de los padres. La entrada libre de los padres en las unidades neonatales y la mayor implicación de los mismos en el cuidado de sus hijos se han extendido rápidamente por casi todas las unidades de Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa occidental¹⁷.

Sin embargo, en países de América como México¹⁸ se reportó recientemente que existían solo modalidades de acceso con permiso, y que la participación de las madres era parcial y con horarios estrictos, sin un programa definido. Al igual que en las unidades de diversos países del presente estudio, las madres proporcionan en México algunos cuidados de alimentación e higiene, pero la asistencia en procedimientos no es considerada un estándar de cuidado.

La presencia de los padres durante la realización de procedimientos en los niños es un tema de gran controversia. Un estudio¹⁹ realizado en Argentina muestra que, a pesar de conocer los beneficios del acompañamiento familiar, la mayoría solo permite la presencia de los padres en los procedimientos de baja invasividad, pero los excluyen sistemáticamente en procedimientos mayores, por considerar que su presencia genera ansiedad en el médico que lo realiza²⁰. Si bien muchos profesionales consideran que es traumático para los padres presenciar un procedimiento en sus hijos, para otros puede ser mucho más traumático el no poder estar con su hijo en momentos de sufrimiento, dolor o estrés²¹. Estudios recientes^{22,23} demuestran una alta asociación entre la participación en el cuidado del niño con la mayor satisfacción de los padres. Además, se ha descrito que el estrés postraumático de la madre se reduce mucho si se facilita el contacto frecuente con su hijo enfermo y que se obtienen buenos resultados en el RN cuando realizamos un cuidado centrado en la familia y hacemos a los padres cuidadores principales de su hijo^{24,25}.

Nuestro trabajo tiene algunas limitaciones. La tasa de respuesta a los cuestionarios fue solo del 35%; no podemos asegurar si los resultados serían similares si el resto de enfermeros que decidieron no participar hubieran contestado. Tampoco podemos establecer cuáles fueron las motivaciones para no contestar; el acceso a la plataforma era muy simple y en todos los casos se aseguraba la confidencialidad

y el anonimato de las respuestas, ya que un coordinador central disociaba la dirección de correo electrónico inmediatamente luego de la recepción del cuestionario y ningún dato personal de identificación formaba parte de la base de datos del análisis. Solo podemos suponer que si el motivo de no responder estuviera relacionado en algunos casos con la falta de interés en el tema, es probable que los resultados obtenidos fueran aún más preocupantes.

Adicionalmente, y como ocurre con este tipo de trabajos, no podemos asegurar que las respuestas reflejen con exactitud las actitudes o conductas de la práctica real. Puede existir un sesgo de información relacionado con aquello que se considera es correcto responder. Si bien planificamos y logramos contar con enfermeros líderes locales para la convocatoria de enfermeros y supervisores de enfermería de cada región, el muestreo fue por conveniencia, por lo cual su representatividad y posibilidad de extrapolar a todas otras unidades no es segura.

También creemos que existen fortalezas, dado el carácter participativo de muchas unidades en muchos países. La posibilidad de participar de una sociedad como SIBEN, que reúne en forma colaborativa profesionales de enfermería y medicina dedicados al cuidado neonatal de diversas regiones de Iberoamérica, ofrece una inmejorable oportunidad para conocer y reflexionar sobre aspectos de la calidad de los cuidados que reciben los RN de nuestra región, y así colaborar a ofrecer una mejor calidad de vida en los países iberoamericanos.

Concluimos que:

- El acceso libre de los padres a las UCIN es un eje básico de la atención humanizada en neonatología y sin embargo, no se cumple en un alto porcentaje de unidades iberoamericanas.
- Se requiere un cambio cultural en las actitudes del personal sanitario, que no debería postergarse mucho más tiempo para universalizar el acceso irrestricto.
- El personal de enfermería cumple un papel trascendente y puede ser capaz de liderar el cambio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los profesionales sanitarios (supervisoras y enfermeras) de las unidades de Neonatología de los distintos países participantes en la contestación de la encuesta.

Anexo 1. Participantes en capítulo de Enfermería de SIBEN

María del Carmen Fontal (Uruguay), Aldana Ávila (Argentina), Cristina Segovia (España), Noemí Ruiz Lavado (Perú), Irama López (Venezuela), Laura Álvarez (México), Amparo del Socorro Acosta Polo (Colombia) y Zandra Grosso (Colombia)

Bibliografía

1. Sola A, Urman J. Cuidados neonatales intensivos: fisiopatología y terapéutica. Argentina: Editorial Científica Interamericana; 1987.
2. Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in Neonatal Intensive Care Units. *Pediatrics*. 2003;111:e437-49.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 2003;112:691-6.
4. Dunn MS, Reilly MC, Johnston AM, Hoopes RD, Abraham MR. Development and dissemination of potentially better practices for the provision of family-centered care in neonatology: The family-centered care map. *Pediatrics*. 2006;118: S95-107.
5. Örténstrand A, Westrup B, Berggren Broström E, Sarman I, Åkerström S, Brune T, et al. The Stockholm neonatal family centered care study: Effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*. 2010;125:e278-85.
6. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatr*. 2009;98:1744-50.
7. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, de la Cruz M, López-Maestro M, Pallás C. Staff perceptions on Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) during its implementation in two Spanish neonatal units. *Early Human Development*. 2013;89:27-33.
8. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932;22:1-55.
9. White RD, Smith JA. Committee to establish recommended standards for newborn ICU design. Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. *J Perinatol*. 2013;33: S2-16.
10. Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I, et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: A policy survey in eight countries. *Pediatr Crit Care Med*. 2012;13:568-77.
11. Bialoskurski M, Cox C, Hayes JA. The nature of attachment in a Neonatal Intensive Care Unit. *J Perinat Neonat Nurs*. 1999;13:66-77.
12. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz Bertolo J, Perapoch Lopez J, Mosqueda Peña R, Paallas Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:232-40.
13. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Puma-rega MT, Benito Castro F, Lopez Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:132.
14. Gathwala G, Singh B, Balhara B. KMC facilitates mother' baby attachment in low birth weight infants. *Indian J Pediatr*. 2008;75:43.
15. Derecho 9 - Unicef. [consultado 3 Feb 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_Dcho9.pdf Acceso 3 febrero 2015.
16. Alonso Ortiz T, Mariscal Ramos E. Opinión de los padres sobre la estancia de sus hijos en las unidades de cuidados intensivos neonatales. *Acta Pediatr Esp*. 2001;59:141-7.
17. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás Alonso CR, Warren I, et al., for the ESF Network. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatr*. 2009;98:1744-50.
18. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernandez J, Silvan-Scochi G. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatol Reprod Hum*. 2010;24:98-108.
19. Caprotta G, Moreno RP, Araguas JL, Otero P, Pena R. Presencia de los padres y/o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos: ¿qué opinan los médicos que asisten niños? *Arch Argent Pediatr [online]*. 2004;102:246-50.
20. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, Rojo Conejo P. Presence of parents in the emergency room during invasive procedures: Do they prefer to be present? *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:230-4.
21. Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Palacios Cuesta A, Blazquez Gamero D, Marin Ferrer MM. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77:28-36.
22. Capdevila Cogul E, Sanchez Pozón L, Riba García M, Moriño Soler D, Ríos Guillermo J, Porta Ribera R, et al. Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77:12.
23. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing Family-Integrated Care in the NICU. *Advances in Neonatal Care*. 2013;13:115-26.
24. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13 Suppl 1:S12.
25. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Critical Care. Nurse*. 2013;33:52-9.