Enfermería Intensiva 35 (2024) 97–106

Enfermería *Intensiva*

www.elsevier.es/ei

ORIGINAL

Modificaciones de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia en cuidados intensivos neonatales durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de España: un estudio cualitativo

M.B. Martin-Caballero (RN, MSc)[a], O. Arrogante (RN, MSc, PhD)[b], P. Martín–Casas (PT, MSc, PhD)[c,*] y R. Ortiz-Gutiérrez (PT, MSc, PhD)[c]

[a] *Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile*
[b] *Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*
[c] *Departamento de Radiología, Rehabilitación y Fisioterapia, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*

Recibido el 18 de enero de 2023; aceptado el 2 de mayo de 2023
Disponible en Internet el 28 de agosto de 2023

PALABRAS CLAVE
COVID-19;
Investigación cualitativa;
Enfermería de cuidados intensivos;
Unidades de cuidados intensivos neonatales

Resumen
Introducción: Los cuidados centrados en el desarrollo y la familia (CCDF) son una filosofía de atención dentro de las unidades de cuidados neonatales (UCIN) basada en el control de los estímulos ambientales, el correcto posicionamiento y manejo de los recién nacidos (RN) y la implicación de las familias en sus cuidados. Las enfermeras son los principales proveedores de estos cuidados. Las medidas sanitarias implantadas para el control de la pandemia por la COVID-19, como el uso de mascarillas, el aislamiento de casos positivos, el mantenimiento de la distancia de seguridad y la limitación de aforos, han condicionado la implementación de los CCDF.
Objetivos: Comprender el significado de la vivencia de las enfermeras de una UCIN sobre la implementación de los CCDF, bajo las medidas sanitarias impuestas para la contención de la COVID-19.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo desde el paradigma fenomenológico descriptivo en el que participaron enfermeras de una UCIN. La recogida de los datos cualitativos se realizó mediante entrevistas abiertas y semiestructuradas. Estas se analizaron respectivamente mediante un análisis narrativo preliminar y un análisis temático de las narrativas y discursos de las informantes.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pmcasas@enf.ucm.es (P. Martín–Casas).

https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.05.001
1130-2399/© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Resultados: Se realizaron 3 entrevistas abiertas y 7 semiestructuradas, de las que surgieron tres temas principales: 1) cambios en los CCDF derivados de las restricciones sanitarias implementadas para la contención de la COVID-19; 2) cambios en las relaciones interpersonales en contexto de pandemia, y 3) transición hacia la normalidad.
Conclusiones: Las enfermeras de una UCIN percibieron cambios en la implantación de los CCDF por las medidas de contención de la COVID-19, que modificaron la relación con los progenitores de los RN, acelerando su formación como cuidadores, y supusieron la implementación de nuevas medidas, como las videollamadas.
© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
COVID-19;
Qualitative research;
Intensive care nursing;
Neonatal intensive care units

Modifications in family centered developmental care and in neonatal intensive care during the COVID-19 pandemic in a hospital in Spain: A qualitative study

Abstract
Introduction: Family centered developmental care (FCDC) are a philosophy of care in the neonatal care units (NICU), based on the control of sensory stimulation the adequate position and of newborn and the family involvement of cares. Nursing staff are the main providers of this care. Sanitary measure to control of the COVID-19, such as the use of masks, isolation of positive cases and capacity limit, conditioned the implementation of FCDC.
Objectives: To understand the meaning of the experience of the nursing staff of a neonatal intensive care unit (NICU) on the implementation of the FCDC, under the sanitary measures imposed for the containment of COVID-19.
Methods: A qualitative study was conducted from the descriptive phenomenological paradigm in which NICU nurses were recruited. The qualitative data collection was carried out through open-ended and semi-structured interviews. These were analyzed respectively through a preliminary narrative analysis and a thematic analysis of the informant nurses' narratives and discourses.
Results: Three open-ended and 7 semi-structured interviews were conducted from which three main topics emerged: 1) changes in the FCDC derived from the sanitary restrictions implemented for the containment of COVID-19; 2) changes in interpersonal relationships in the context of a pandemic, and 3) transition to normality.
Conclusions: The nurses of NICU perceived changes in the implementation of the FCDC due to the containment of COVID-19, that modified the relationship with the parents of NB, accelerating their training as caregivers, and involved the implementation of new measures such as video calls.
© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

¿Qué se conoce?

Los cuidados centrados en el desarrollo y la familia (CCDF) son una filosofía de cuidados que se basan en intervenciones dirigidas a optimizar el neurodesarrollo de los recién nacidos ingresados en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), y facilitar un rol activo de las familias en su cuidado. Algunas de las intervenciones que conforman esta filosofía de cuidados, como el contacto piel con piel y formar a la familia en el manejo del recién nacido, parecen tener efectos positivos sobre el estado cardiorrespiratorio del recién nacido, la reducción del estrés y, además, favorecen el vínculo emocional del recién nacido con sus padres y madres.

La provisión de estos cuidados se ha visto afectada por las restricciones sanitarias impuestas frente a la COVID-19, especialmente por las limitaciones en el acompañamiento de los recién nacidos, el mantenimiento de la distancia de seguridad interpersonal y el aislamiento de las madres y los padres y del propio recién nacido si resultaban positivos al virus.

¿Qué aporta?

El estudio muestra la experiencia por parte de las enfermeras de una UCIN en relación con la adaptación de su labor asistencial a las medidas de contención de la COVID-19 para la adecuada administración de los CCDF, principalmente, con el fin de fomentar el vínculo entre los recién nacidos y sus padres y madres y facilitar la transición a las siguientes etapas, objetivos propios de esta filosofía de cuidados.

Esto resulta de gran interés, dado que la pandemia derivada de la COVID-19 fue una situación novedosa y de incertidumbre que supuso un gran reto para el desempeño de la atención sanitaria de los profesionales de la salud. En este sentido, han sido diversas las publicaciones acerca de la experiencia, ante la situación de pandemia, de enfermeras en unidades de cuidados intensivos, pero son escasos los estudios sobre lo acontecido en las UCIN y, más concretamente, en relación con los CCDF.

Implicaciones del estudio

Las situaciones especiales que conllevan medidas de distanciamiento social y precauciones extraordinarias en las relaciones interpersonales, como las implantadas por la COVID-19, condicionan la aplicación de los CCDF en las UCIN. Algunas consecuencias de estas medidas son imposibles de paliar, dada la importancia de la interacción directa entre los recién nacidos, sus familias y los profesionales de enfermería para los CCDF. Sin embargo, los resultados del estudio presentan algunas medidas complementarias, como el uso de soportes tecnológicos como videollamadas con las familias o un mayor desempeño de la labor docente de las enfermeras, adaptando y agilizando el proceso formativo de los padres como cuidadores. Estas medidas se han mantenido y contribuyen a mejorar los CCDF.

Introducción

En el año 2020, en España, aproximadamente el 7% de los nacimientos sucedieron de forma anticipada antes de la semana 37 de gestación, porcentaje que se ha mantenido en los últimos dos años[1]. De este porcentaje, el 2% corresponde a los nacidos por debajo de las 28 semanas o grandes prematuros, entre los cuales se identifica como extremos a los nacidos entre las semanas 22 y 25. Por encima de la semana 32 se consideran prematuros moderados, y tardíos los nacidos entre las semanas 34 y 35. En 2019, la tasa de mortalidad neonatal (mortalidad entre los 0 y los 28 días de vida) fue de 2 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos en España, una de las más bajas de Europa Occidental (tasa media de 2,3 por cada 1.000 nacidos vivos)[2,3].

Los posibles riesgos para la salud de un prematuro son proporcionales al peso y a las semanas de gestación (mayor riesgo con peso < 1.500 g; gestación < 26 semanas). Las principales complicaciones en estos niños son las relacionadas con la inmadurez respiratoria, la inestabilidad hemodinámica y las infecciones[4].

El servicio de referencia para la atención sanitaria de los prematuros son las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Se trata de unidades hospitalarias dedicadas al cuidado de los recién nacidos (RN) pretérmino o con otro proceso mórbido que cuentan con personal y con soportes técnicos especializados. Dentro de las UCIN, avances técnicos como la ventilación no invasiva, los sistemas de monitorización no invasivos como la electroencefalografía de amplitud, el bilirrubinómetro transcutáneo y los monitores multiparámetros han mejorado la atención en estas unidades[5,6].

Los cuidados centrados en el desarrollo y la familia (CCDF) se basan en intervenciones dirigidas a optimizar el desarrollo neurosensorial y emocional, y facilitar un rol activo de las familias en los cuidados del RN[7]. De manera concreta, la Organización Mundial de la Salud define los CCDF como «una amplia gama de intervenciones hechas para disminuir el estrés físico y neurológico de los recién nacidos prematuros dentro de las UCIN»[8]. Las bases de estas estrategias son la vigilancia de los estímulos del entorno (luz, sonido, humedad y temperatura), la adecuación de la posición y de la manipulación, el resguardo del sueño y el reconocimiento de la familia como un pilar fundamental en la hospitalización y en la vida de los RN[9,10]. La filosofía de los CCDF busca fomentar la aplicación de métodos como el contacto piel con piel, además de formar a la familia en el manejo del niño y promover el vínculo afectivo entre las madres y los padres y el RN[10].

La implementación de estos cuidados no corresponde únicamente a los procedimientos, sino a un cambio de paradigma en las actitudes de los profesionales de la salud en la atención de los RN y sus familiares[11]. El papel de las enfermeras es fundamental para llevar a cabo los CCDF e integrar a la familia en los cuidados del RN. Las enfermeras son responsables de la educación de la familia al inicio, durante y al momento del alta, además de comportarse como una figura disponible para la escucha y la resolución de dudas[12].

En España, se dispone de información acerca de la implementación de los CCDF desde 1999, siendo entre los años 2006 y 2012 cuando se observa una mayor implantación[13]. Desde el año 2020, la pandemia de la COVID-19 ha requerido la instauración de medidas sanitarias y cambios en la aplicación de los CCDF en las UCIN, especialmente condicionados por las limitaciones en las visitas hospitalarias y la disminución del tiempo de estancia de las madres y los padres en las unidades[14,15]. Además de estas restricciones, se implementaron otro tipo de medidas, como el uso permanente de mascarilla, el distanciamiento social y los aforos limitados en las UCIN[16,17].

De manera general, la pandemia afectó a la labor asistencial del personal de salud e impactó de forma significativa en la atención de los RN y sus familias en las UCIN[18]. Sin embargo, frente a este escenario de emergencia sanitaria, y teniendo en consideración que las enfermeras son primordiales en la implementación de los CCDF, solo se ha localizado un estudio que describe las vivencias de enfermeras de las UCIN durante la pandemia, pero sin atender al modelo de cuidados[19]. Por dicho motivo resulta de interés conocer, desde la perspectiva enfermera, el impacto que ha tenido la pandemia, en relación con la incorporación

de las medidas de prevención frente a la COVID-19, en la implementación de los CCDF en la UCIN.

Por lo tanto, el objetivo general del presente estudio fue comprender el significado de la vivencia de las enfermeras de una UCIN sobre la implementación de los CCDF, bajo las medidas sanitarias impuestas para la contención de la COVID-19. Los objetivos específicos fueron: 1) conocer la percepción de las enfermeras acerca de los cambios surgidos a partir de las medidas sanitarias impuestas frente a la COVID-19; 2) describir el rol de las enfermeras de una UCIN en relación con la integración de la familia en los CCDF, bajo las restricciones sanitarias impuestas frente a la COVID-19, y 3) identificar nuevas metodologías de implementación de los CCDF bajo las medidas sanitarias impuestas frente a la COVID-19.

Método

Diseño

Para responder a los objetivos planteados se llevó a cabo un estudio cualitativo desde el paradigma de la fenomenología descriptiva basada en la filosofía de Husserl[20].

Ámbito

El estudio se llevó a cabo desde durante los meses de marzo y abril de 2022, dos años después del inicio de la pandemia por COVID-19 en España, en una UCIN de un hospital de tercer nivel.

Muestra

Las unidades de muestreo fueron enfermeras de la UCIN de un hospital de tercer nivel de Madrid. El muestreo se llevó a cabo por propósito en el contexto de la investigación, con el fin de recabar información inicial sobre el fenómeno a estudiar. Los criterios de inclusión fueron: 1) ser enfermera que haya trabajado en la UCIN del hospital en algún período entre marzo de 2020 y marzo de 2022, y 2) tener formación acerca de los CCDF. Como criterio de exclusión se estableció: no trabajar en la UCIN participante durante el período de recogida de los datos por abandono del servicio, por baja laboral, por período vacacional o por período de excedencia.

Recogida de datos

La recolección de datos se realizó en dos fases, en las que se utilizó la entrevista individual como herramienta para la obtención de información. Todas las entrevistas se realizaron en una sala independiente dentro del servicio de la UCIN participante, para facilitar la accesibilidad de las informantes a las entrevistas, así como para asegurar su intimidad y la confidencialidad. Las fechas y las horas de las entrevistas fueron acordadas con las participantes a través de su correo electrónico. Cada entrevista tuvo una duración máxima estimada de 50 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y se tomaron notas de campo. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron de forma acumulativa y secuencial, hasta que se logró saturar la información.

En la primera fase se realizaron entrevistas abiertas, con el fin de explorar un campo desconocido, para conocer a las participantes y sus experiencias, dada la escasez de estudios cualitativos sobre los CCDF durante la pandemia hasta esa fecha. La pregunta que se realizó fue: «¿Cómo se han llevado a cabo los CCDF durante la pandemia en la UCIN?». Dos semanas después, tras la transcripción y el análisis narrativo preliminar, se llevó a cabo una segunda fase de entrevistas semiestructuradas para profundizar sobre aspectos clave detectados en las entrevistas iniciales. El guion de estas entrevistas constó de tres preguntas abiertas relacionadas con los objetivos del estudio y organizadas según su relevancia en las entrevistas iniciales: 1) «¿Qué cambios has percibido en los cuidados a partir de las medidas sanitarias frente a la COVID-19?». 2) «¿Cómo ha sido la relación con las familias y su integración de los cuidados a su hijo/a tras las restricciones sanitarias impuestas frente a la COVID-19?», y 3) «¿Qué nuevas metodologías se han implementado para mantener los CCDF durante la pandemia por COVID-19?».

Análisis de los datos

Los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas abiertas fueron transcritos y analizados por dos investigadores mediante el análisis narrativo preliminar de las narrativas de las participantes. Este análisis permitió una aproximación natural a la subjetividad de las informantes, que facilitó la construcción de relatos y la elaboración del guion de las entrevistas semiestructuradas[21].

Los datos de las entrevistas semiestructuradas se analizaron mediante la técnica de análisis temático de las narrativas y discursos desde el paradigma fenomenológico descriptivo[21], según Braun y Clarke[22,23]. Dos investigadores se familiarizaron con los datos cualitativos extraídos mediante la transcripción a texto de las grabaciones de las entrevistas, su lectura y relectura, que fueron complementadas con las notas de campo. Generaron los códigos iniciales de los aspectos más relevantes; posteriormente, se recopilaron los códigos en posibles temas y subtemas, eliminando la información redundante. Mediante la construcción de mapas conceptuales, identificaron unidades de significado y los subtemas que ayudaban a describir y comprender la experiencia de las participantes. De esta forma, generaron definiciones y nombres para cada tema y subtema. Finalmente, relacionaron los temas y subtemas con los objetivos del estudio y su marco teórico. Para asegurar la transparencia del estudio, se enviaron las transcripciones a las participantes por correo electrónico y se les informó sobre los resultados, si así lo desearon.

Rigor metodológico

La fiabilidad de los datos cualitativos recogidos fue verificada mediante la comparación de la codificación de los dos investigadores que codificaron las transcripciones independientemente. Posteriormente se identificaron y consensuaron las consistencias y las discrepancias entre ellos.

Tabla 1 Características de las participantes

Participante	Edad (años)	Sexo	Titulación	Años de experiencia en neonatología	Años en la unidad	Cargo
P1	37	Femenino	Máster	15	15	Enfermera/Docente
P2	41	Femenino	Máster	17	11	Supervisora
P3	34	Femenino	Doctoranda	11	7	Enfermera/Docente
P4	35	Femenino	Grado	11	9	Enfermera
P5	28	Femenino	Grado	5	5	Enfermera
P6	41	Femenino	Máster	18	16	Enfermera
P7	40	Femenino	Grado	17	14	Enfermera

El análisis temático de las narrativas y de los discursos de las informantes fue realizado paralelamente por una persona familiarizada con la metodología cualitativa fenomenológica y por un profesional del colectivo de estudio. Después, los temas y los subtemas emergentes se compararon y se unificaron para mantener la fiabilidad de los resultados. Durante toda la investigación se siguieron los criterios de rigor metodológico en investigaciones cualitativas propuestos por Guba y Lincoln[24]. Además, para la verificación de los datos cualitativos recogidos se emplearon como técnicas de control la aplicación de diferentes métodos de recogida de datos (entrevista abierta, semiestructurada y notas de campo del investigador), la verificación del contenido de las transcripciones de las entrevistas por las propias participantes y la presentación del análisis temático preliminar a las participantes. Para el control del rigor y la calidad de la metodología cualitativa se siguieron los criterios *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)[25].

Consideraciones éticas

El estudio fue previamente autorizado por la Comisión de Investigación del Instituto de Investigación del hospital. El estudio se realizó bajo las indicaciones de la Declaración de Helsinki. El tratamiento de los datos de carácter personal se ajustó a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Previamente a cualquier toma de datos, las participantes fueron informadas de forma verbal y con la entrega de la hoja de información acerca del objeto y del proceso del estudio y las consideraciones éticas, y se solicitó la firma de un consentimiento informado. Antes del inicio de las entrevistas se solicitó la autorización de las participantes para su grabación. Se mantuvo el anonimato mediante un proceso de codificación simple, asignándole a cada participante un código alfanumérico. Todos los datos y grabaciones de voz fueron codificados y archivados en un disco duro externo con código de acceso. Una vez extraídos los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos se procedió a la destrucción total de este material.

Resultados

Para la consecución de los objetivos planteados participaron en el estudio 7 enfermeras, en activo durante el período de pandemia por la COVID-19 en la UCIN del hospital. Todas las participantes fueron mujeres con edades entre los 28 y los 41 años, graduadas en enfermería. Tres tenían formación de posgrado de máster y una estaba matriculada en un programa de doctorado. Todas contaban con experiencia en la UCIN de entre 5 y 16 años (tabla 1).

Se realizaron 3 entrevistas abiertas y 7 entrevistas semiestructuras. Las tres enfermeras que accedieron a realizar las preguntas abiertas también participaron en las entrevistas semiestructuradas dos semanas después. Tras el análisis temático de las entrevistas semiestructuradas se obtuvieron 3 temas principales, a partir de los cuales se identificaron 8 subtemas.

Tema 1. Cambios en los CCDF derivados de las restricciones sanitarias implementadas para la contención de la COVID-19

Subtema 1.1. Cambios generales negativos

De entre los aspectos que conforman los CCDF, todas las informantes destacaron como cambio más negativo las restricciones para realizar el método canguro. La enfermera es la encargada de posicionar RN en el pecho del portador o la portadora, pero la necesidad de mantener la distancia interpersonal imposibilitaba el acercamiento a los padres y a las madres.

> No se podía negar el canguro a ningún padre ni a ninguna madre, pero siempre y cuando lo hicieran ellos [...] tú podías estar un poco ahí asistiendo por tema de cables, instrumental y tal, pero sobre todo que lo hicieran ellos. (P1)

También señalan como cambios negativos la reducción de las visitas de las madres y los padres a la UCIN. Las restricciones de circulación en las calles, unidas al miedo de los progenitores de contagiar a sus hijos/as, disminuyó la presencia de estos en los horarios de visitas. Además, no podían estar ambos progenitores simultáneamente en la UCIN, teniendo que realizar turnos que afectaban a la lactancia materna. Las visitas de hermanos/as y abuelos/as fueron prohibidas.

> Esa falta de acercamiento, esa falta de contacto yo creo que interfirió mucho en la lactancia materna [...], ya no estaban tanto los padres en el cuidado del bebé porque no podían estar o solamente podía haber uno [...]. No sé la estadística, pero podría decir que venían menos, pasaban menos horas con sus hijos. (P3)

Otra de las experiencias más difíciles que relatan fueron los casos de madre con resultado COVID positivo. Estas madres debían permanecer en un aislamiento total desde su ingreso en el hospital, tras el nacimiento fueron separadas del RN y se les negó el contacto piel con piel. En esos casos el RN era hospitalizado en la UCIN bajo estricto aislamiento y con prohibición de visitas, llegando a permanecer algunos RN hasta 15 días sin contacto con familiares. Al ir aumentando el conocimiento sobre la enfermedad y el control de la pandemia, se comenzó a permitir la visita de algún familiar con una prueba PCR negativa fuera del núcleo principal.

> Hemos tenido padres que igual han estado diez días, quince días sin poder ver a su hijo ingresado [...]. (P7)

Subtema 1.2. Cambios generales positivos

De entre los cambios impuestos, las informantes reconocen aspectos positivos que han ayudado a facilitar la aplicación de los CCDF. Las madres y los padres mantuvieron el acceso a la unidad, pero para mantener la distancia de seguridad interpersonal se limitó el acercamiento físico del equipo de salud a estos. Por este motivo, se aceleró el tiempo de aprendizaje por parte de los progenitores en el manejo de los RN, en relación con el tiempo empleado prepandemia. Se intensificó la labor docente de las enfermeras para agilizar la asunción del rol de cuidadores de las madres y los padres.

> Nunca se prohibieron las visitas... Nosotros hemos trabajado mucho siempre con los padres [...], siempre se les intenta decir que cuanto antes sean autónomos e independientes para coger a su niño, mucho mejor por el tema de que hay menos manipulación y de que el niño sufre menos cambios de postura. Y lo hacían pronto [...] bueno, en un tiempo relativamente corto, pero es verdad que ahora con la pandemia lo hacen muchísimo antes. (P1)

También se implementaron las videollamadas como método para que las madres y los padres aislados por el virus pudieran conocer, ver y estar informados sobre el estado y la evolución de los RN. Esta medida se ha mantenido y se ha ampliado su uso para familias que viven en lugares lejanos y no pueden acudir diariamente al hospital.

> Les hacíamos videollamadas todos los días, mañana y tarde o mañana o tarde, depende un poco de la disponibilidad de la enfermera, pero se quedaba con los padres, nos daban el WhatsApp y se hacía la videollamada por WhatsApp con una tablet que tiene el servicio. (P4)

> Todos tenemos medios para poder hacer videollamadas. Si tenemos un niño ingresado y los padres no pueden venir por lo que sea, yo creo que se mantendrá. (P7)

Subtema 1.3. Adaptación a situación cambiante

Al tratarse de una pandemia producida por un virus nuevo (SARS-CoV-2), la puesta en marcha de las nuevas medidas fue un período exploratorio. Las entrevistadas manifestaron que el desconocimiento generó un período de cambios e incertidumbres. Los protocolos de actuación implantados eran modificados constantemente, hasta en períodos de 2 o 3 días. Estas variaciones generaron dudas en la práctica y, en algunos casos, hasta incoherencia en la información que se les proporcionaba a las madres y los padres.

> Tan pronto no podía ver ninguno, como podía estar solo uno, como podían estar media hora, como de repente ya podían estar los dos, pero como de repente ya empezaba a empeorar la cosa y solo podía estar uno [...] esa desinformación de decir «no, pero es que tu compañera me ha dicho que me puedo quedar», ah, vale, pues ha cambiado algo y no me he enterado porque claro, al ser una información tan cambiante no todos los días sabías qué hay que hacer en ese momento. (P3)

> No había muchas cosas claras se podría decir, cada equis días cambiaba un protocolo, cada equis días cambiaba una idea [...] ¿qué hacemos? [...] lo que dicen que hoy es efectivo, mañana no lo es, entonces lo hemos hecho mal y ahora corremos peligro. (P5)

Uno de los primeros protocolos prohibió la realización del método canguro, lo que generó molestias y desacuerdos en el equipo, dados los beneficios que este método aporta en el desarrollo de los prematuros. Pese a la prohibición, las enfermeras decidieron seguir adelante con la aplicación del método, reforzando las medidas que garantizaban la seguridad tanto de las madres, de los padres y del RN, como de las enfermeras.

> Pues eso, el inicio de la lactancia, al final a ese niño lo consuelas con una succión, sus manos a la boca, pero no es lo mismo sin ninguna duda, y ahora a los niños que tenían oxígeno, pues malas adaptaciones o taquipneas transitorias o bueno [...]. Los niños que no están acompañados de sus padres, que no tienen un régimen de acompañamiento integral, son niños que tardan más tiempo en destetarse del oxígeno, en aprender a alimentarse, o sea que, no lo sé a ciencia cierta, pero estoy segura de que lógicamente tardaron más. (P6)

Por otro lado, parte de la adaptación de las enfermeras fue desarrollar el criterio para aplicar excepciones, como permitir la presencia de la familia en los procesos de duelo.

> Un niño que va a fallecer no había explicación [...], hay que hacer una individualización de lo que está pasando, y en ese caso hay que dejar entrar a los dos, y sí se hacía. (P2)

Subtema 1.4. Sensaciones

En cuanto a las sensaciones que suscitó la pandemia en las informantes, uno de los conceptos más repetidos fue el «miedo». Miedo por parte de las madres y de los padres, ya que temían contraer el virus y contagiar a sus hijos/as. Miedo por parte de las enfermeras, por trabajar en un hospital con contagiados ingresados, y miedo al contacto con las familias como posible foco de contagio.

> Yo creo que el miedo que se tenía era por entrar al hospital [...] muchos relataban que tenían miedo de pisar el hospital y por si ellos se infectaban de camino y lo pudieran transmitir a los niños. (P1)

> Preferíamos que no viniese nadie, pero claro, veníamos de la idea de acercar a los padres y viene esto [...] entonces como que te frena y cambia un poco el chip de no dejar entrar a nadie porque hay un riesgo. (P3)

Algunas participantes señalan, como mayor temor, la posibilidad de que las madres COVID positivo no sobrevivieran y no llegaran a conocer a sus hijos/as.

> A través del cristal de las camas de la obstetricia nos dijo la madre como se iba a llamar la niña y se marchaba, o sea, tenías las gafas, se pudo incorporar, se pudo sentar en la cama y nos dijo «se va a llamar Virginia» y bueno pues eso fue aterrador porque no sabías si su madre iba a volver a ver a esa niña. (P6)

Tema 2. Cambios en las relaciones interpersonales en contexto de pandemia

Subtema 2.1. Enfermeras con los RN

Las participantes señalaron que la relación con los RN se mantuvo como antes de la pandemia. Inicialmente se intentó disminuir el contacto físico para evitar contagiarles y para disminuir la posibilidad de ser contagiadas por algún RN de madre COVID positivo. Una vez se supo que no había transmisión del virus de la madre al feto a través de la placenta, se mantuvo de modo habitual el contacto físico con el RN. Las limitaciones de distancia e interacción directa con los RN se mantuvieron mientras estos estaban acompañados de sus progenitores.

> Yo creo que no [...] yo creo que con el bebé no había ese miedo, al final rápido se vio que los bebés apenas estaban afectados de COVID y que incluso no se transmitía de la madre al bebé cuando estaba en el útero materno, entonces yo creo que ese miedo desapareció pronto. (P2)

> No es lo mismo que te toquen con un guante a que te toquen con la propia piel, el contacto es de piel con piel, pero tengo que reconocer que yo al principio para trabajar me ponía guantes, entonces quizás ese contacto era menor, te está tocando un plástico, no te está tocando una piel caliente, suave [...]. (P3)

> Bueno yo, en mi caso, quizá soy un poco más reticente por el hecho de la cercanía, porque muchas veces tienes que estar encima del niño con el padre encima, entonces no hay distancia ni mucho menos [...]. (P4)

Subtema 2.2. Enfermeras con las familias

De manera general, las participantes comentaron que, a pesar del momento de incertidumbre y estrés de las familias por el estado de los RN y la evolución de los contagios por el SARS-CoV-2, las madres y los padres se mostraron comprensivos y colaboradores. La calidad de las relaciones entre las enfermeras y estos no se vieron afectadas. Las madres y los padres aceptaron y respetaron las nuevas restricciones y se sentían agradecidos por iniciativas como las videoconferencias, que atenuaban la imposibilidad de visitas a la UCIN.

> Superagradecidos porque decían que a una compañera la conocían mucho porque siempre se mostraba con el bebé, ¿no? Le cogía, le «achuchaba» y hacían la videollamada para que los padres vieran que estaba bien querido y estaba acogido, y estaba cómodo el niño. (P1)

> Vamos, el mejor servicio del hospital con diferencia respecto al resto [...] de hecho los papás nos han demostrado todo su agradecimiento. El apoyo que se les ha dado, en la medida que podíamos porque nadie sabía [...] nos convertimos en enfermeros, en psicólogos, en todos sin serlo, y bueno pues intentando hacerlo de la mejor forma posible y con la mejor voluntad. (P2)

Además, las participantes destacaron su rol de docencia vinculado al desarrollo de los CCDF y que contribuyó al fomento de las relaciones interpersonales con las familias: la formación recibida sobre el manejo de sus hijos/as fue el vehículo de las madres y los padres para hacer frente a las restricciones y fomentar su participación en los cuidados.

> Nosotros lo que intentamos hacer es fomentar al máximo eso, o sea, fomentar que los papás tengan la autonomía de los cuidados de sus bebés lo antes posible. (P2)

Por otra parte, algunos de los relatos de las entrevistadas muestran que la pandemia generó dualidad en la forma de relacionarse entre profesionales y familias. Por un lado, las madres y los padres encontraron entre las enfermeras personas con quien hablar y en quien confiar. Mientras que, por otro lado, hay quienes sintieron que la pandemia alejó emocionalmente a las familias del equipo, ya que, al haber una lejanía física, era poco probable que se formaran lazos más allá de recibir información clínica.

> A mí me cuesta decirle a un padre que se salga cuando su hijo está enfermo, vuelvo a reiterarme [...] yo como enfermera digo «¿cómo me van a separar de mi hija las primeras horas de vida, estamos locos?» [...] y las dudas ¿tú a quién se las preguntas? Pues a quien más confianza tienes y la confianza te la da la cercanía, muchos padres estoy segura de que se han quedado con dudas, no nos han preguntado cosas por esa falta de cercanía, de empatía [...], de formar un equipo de todos, yo creo que eso se perdió un tiempo. (P3)

En este sentido, una participante reflexionó sobre lo difícil que resultó estar expuestos al contacto con las familias de los RN, mientras que eran privados de acompañar a sus familiares contagiados. Explica que como profesionales conocen su rol, pero les parecía injusto estar desprovistas del contacto con sus seres queridos, mientras estaban expuestas a la misma enfermedad que los alejaba de su familia.

Subtema 2.3. Entre enfermeras

Las entrevistadas comentaron que el momento que mayor conflicto generó fue cuando, por las restricciones de cercanía, las enfermeras se negaron a realizar el método canguro. Esto generó disconformidad debido a que todas reconocían que esta práctica era un derecho fundamental. También surgieron diferencias sobre hasta qué punto permitir o no la participación de las madres y de los padres, dado que

existían protocolos establecidos que en algunas situaciones excepcionales requerían mayor consideración, como en el caso de RN en cuidados paliativos.

> La problemática que tuvimos la enfermería fue el tema de hacer canguro con [...] de que los padres hicieran canguro por la proximidad que se tiene cuando un profesional hace la transferencia de la incubadora o de la cuna a los padres o al revés. Pues eso, de la proximidad boca-nariz a pesar de llevar mascarilla. Entonces bueno, sí que se habló muchísimo, la enfermería se negó, al principio, con todo el dolor de nuestro corazón [...]. (P1)

> Para llegar a acuerdos de ese tipo pues había mucha diferencia de opiniones y mucho malestar, o sea, hubo momentos en los que había mucho malestar por el equipo de enfermería, el equipo médico, en general. (P2)

Discusión

Las experiencias narradas por las enfermeras participantes en este estudio acerca de las modificaciones llevadas a cabo en una UCIN para la aplicación de los CCDF durante la pandemia por COVID-19 dieron lugar a tres temas principales. Estos temas ponen el acento de las modificaciones en aspectos relacionados con la interacción entre las enfermeras, las madres y los padres y los RN, un aspecto cardinal de los CCDF, por lo que las entrevistadas se refieren a su labor durante la pandemia como un período difícil. La mayoría de los cambios que condicionaron la aplicación de los CCDF durante la pandemia, que responden a los objetivos planteados en el presente estudio, fueron los derivados de las medidas de aislamiento y de distanciamiento social y no de las medidas de higiene establecidas.

En relación con el primer objetivo surgen dos aristas, cambios a los que se les otorgó una denominación negativa y otros positivos. En cuanto a los negativos, las narraciones de las enfermeras entrevistadas, al igual que en el estudio de Coşkun et al., revelan que el mantenimiento de la distancia de seguridad interpersonal fue el principal condicionante para la realización del método canguro, el fomento de la lactancia materna y la formación de las madres y de los padres[19]. Aunque estos cambios se observaron en todos los servicios de maternidad, Kang et al. señalan que tuvieron un especial impacto en las UCIN, dado que se trata de actividades fundamentales dentro de los CCDF[26].

En cuanto a los cambios positivos, estos responden al tercer objetivo planteado en este estudio sobre la implantación de nuevas metodologías para implementar los CCDF bajo las medidas sanitarias impuestas frente a la COVID-19. De manera novedosa para contrarrestar la menor presencia de los progenitores en la UCIN, las informantes destacaron la realización de videollamadas, que fueron bien acogidas por las madres y por los padres y por las profesionales. Publicaciones prepandemia, como las recogidas en el metaanálisis de Dol et al., muestran también la buena aceptación del uso de esta tecnología en la UCIN, que parece fortalecer el sentimiento de cercanía de la familia con los RN[27]. No obstante, aunque las videollamadas hayan sido definidas como una iniciativa de éxito, no reemplazan la presencia y el contacto físico directo con el RN que promueven los CCDF. A este respecto, Dol et al. señalaron que las videollamadas parecen no tener impacto en el estado de salud de los neonatos hospitalizados, pero sí en la reducción del estrés de la familia[27].

Para responder al segundo objetivo propuesto, en los relatos sobre la relación de las enfermeras con los progenitores se denota una dualidad. Al igual que en el estudio de Coşkun et al., hay quienes no consideraron que las medidas COVID-19 afectaran a la interacción y quienes sintieron cierta lejanía con las familias[19]. Esta ambivalencia en los discursos se ha observado también en otros estudios de enfermeras en las UCI, por lo que podríamos decir que este fenómeno parece deberse a factores individuales[28,29].

En el desarrollo de los CCDF, diversos estudios destacan el papel docente de las enfermeras para desarrollar el rol parental y disminuir la ansiedad y el estrés que genera el ingreso de un hijo en la UCIN[30,31]. En este sentido, las enfermeras de este estudio describieron su participación en los CCDF durante la pandemia prominentemente como docentes. No ha sido posible contrastar esta opinión, dado que la literatura actual sobre el rol de las enfermeras durante la pandemia se enfoca mayoritariamente en la práctica clínica, es decir, modificaciones relacionadas con el uso del material, las técnicas y la movilidad de unidades[32].

Finalmente, la principal limitación de este trabajo se debe a que las participantes pertenecían a la misma UCIN especializada en los CCDF. Otra limitación está relacionada con que la saturación de la información se consiguió con 7 entrevistas, mientras que una reciente revisión concluye que son necesarias entre 9 y 17 entrevistas para alcanzarla[33], aunque estos autores señalan que se puede conseguir con muestras homogéneas más pequeñas. Ante estas limitaciones, sería recomendable realizar estudios multicéntricos en distintas UCIN.

Conclusiones

En relación con las medidas de contención de la COVID-19, las enfermeras de una UCIN percibieron cambios que condicionaron la aplicación de los CCDF, como una menor presencia de las madres y los padres de los RN, las limitaciones en la aplicación del método canguro y la adaptación constante a nuevos protocolos de actuación. Estos cambios condicionaron las relaciones directas de las enfermeras con los progenitores. Paralelamente, el mantenimiento de los CCDF requirió la implementación de videollamadas y un mayor desempeño de la labor docente de las enfermeras, adaptando y agilizando el proceso formativo de los padres como cuidadores.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre. 2021 [consultado 9 Ene 2023]. Disponible en: https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=50430&L=0
2. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388:3027–35 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8
3. Parmigiani S, Bevilacqua G. Can we reduce worldwide neonatal mortality? Acta Biomed. 2022;93:e2022294 https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13225
4. Hadfield K, O'Brien F, Gerow A. Is level of prematurity a risk/plasticity factor at three years of age? Infant Behav Dev. 2017;47:27–39 https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.03.003
5. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. Lancet Glob Health. 2019;7:e37–46 https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0
6. Sola A. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. En: Sola A, editor. Cuidados especiales neonatales. 3.ª ed. Buenos Aires: Edimed; 2011. p. 1787.
7. Browne JV, Jaeger CB, Kenner C. Executive summary: Standards, competencies, and recommended best practices for infant- and family-centered developmental care in the intensive care unit. J Perinatol. 2020;40 Suppl 1:5–10 https://doi.org/10.1038/s41372-020-0767-1
8. World Health Organisation. Standards to improve the quality of care for small and sick newborns in health facilities. 2021 [consultado 9 Ene 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341557/9789240017245-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Perapoch López J, Pallás Alonso C, Linde Sillo M, Moral Pumarega M, Benito Castro F, López Maestro M, et al. Care centered on development. Situation in neonatal units in Spain. An Pediatr. 2006;64:132–9 https://doi.org/10.1157/13084172
10. Robison LD. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32:379–86 https://doi.org/10.1177/0884217503253536
11. Discenza D. Why NICU nurses mean so much to parents. Neonatal Netw. 2014;33:166–7 https://doi.org/10.1891/0730-0832.33.3.166
12. Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, Hansen G, de Leeuw R, Lenoir S, et al. Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: A comparison of neonatal unit policies in Europe. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 1999;81:F84–91 https://doi.org/10.1136/fn.81.2.f84
13. López Maestro M, Melgar Bonis A, de la Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. An Pediatr. 2014;81:232–40 https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043
14. Darcy Mahoney A, White RD, Velasquez A, Barrett TS, Clark RH, Ahmad KA. Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. J Perinatol. 2020;40 Suppl 1:36–46 https://doi.org/10.1038/s41372-020-0753-7
15. Murray PD, Swanson JR. Visitation restrictions: Is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19? J Perinatol. 2020;40:1576–81 https://doi.org/10.1038/s41372-020-00781-1
16. Government of Spain. State Strategy Against the Second Wave. 2020 [consultado 9 Ene 2023]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Estrategia_estatal_segunda_ola.pdf
17. Darcy Mahoney A, White RD, Velasquez A, Barrett TS, Clark RH, Ahmad KA. Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. J Perinatol. 2020;40:36–46. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41372-020-0753-7
18. Arnaez J, Montes MT, Herranz-Rubia N, Garcia-Alix A. The impact of the current SARS-CoV-2 pandemic on neonatal care. Front Pediatr. 2020;8:247 https://doi.org/10.3389/fped.2020.00247
19. Coşkun Şimşek D, Günay U, Özarslan S. The impact of the COVID-19 pandemic on nursing care and nurses' work in a neonatal intensive care unit. J Pediatr Nurs. 2022;66:44–8 https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.013
20. Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. Int J Nurs Stud. 2007;44:131–42 https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026
21. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 2002.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3:77–101 https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
23. Braun V, Clarke V. What can ''thematic analysis'' offer health and wellbeing researchers? Int J Qual Stud Health Well-being. 2014;9:26152 https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152
24. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. Handbook of Qualitative Research. London: Sage; 1994. p. 105–17.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19:349–57 https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042
26. Kang HS, Son Y, Kim MJ, Chae SM. Experiences of nurses caring for perinatal women and newborns during the COVID-19 pandemic: A descriptive qualitative study. Nurs Open. 2021;8:3358–65 https://doi.org/10.1002/nop2.881
27. Dol J, Delahunty-Pike A, Anwar Siani S, Campbell-Yeo M. eHealth interventions for parents in neonatal intensive care units: A systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15:2981–3005 https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003439
28. McCulloch H, Campbell-Yeo M, Richardson B, Dol J, Hundert A, Dorling J, et al. The impact of restrictive family presence policies in response to COVID-19 on family integrated care in the NICU: A qualitative study. Heal Environ Res Des J. 2021;15:49–62 https://doi.org/10.1177/19375867211065178
29. Vance AJ, Malin KJ, Miller J, Shuman CJ, Moore TA, Benjamin A. Parents' pandemic NICU experience in the United States: A qualitative study. BMC Pediatr. 2021;21:1–13 https://doi.org/10.1186/s12887-021-03028-w
30. Sabnis A, Fojo S, Nayak SS, López I, Tarn MD, Zeltzer L. Reducing parental trauma and stress in neonatal intensive care: Systematic review and meta-analysis of hospital interventions. J Perinatol. 2019;39:375–86 https://doi.org/10.1038/s41372-018-0310-9
31. Labrie NHM, van Veenendaal NR, Ludolph RA, Ket JCF, van der Schoor SRD, van Kempen AAMW. Effects of parent-provider communication during infant hospitalization in the NICU on parents: A systematic review with meta-synthesis

and narrative synthesis. Patient Educ Couns. 2021;104:1526−52 https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.023

32. George EK, Weiseth A, Edmonds JK. Roles and experiences of registered nurses on labor and delivery units in the United States during the COVID-19 pandemic. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2021;50:742−52 https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.08.096
33. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. Soc Sci Med. 2022;292:114523 https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523