

Belén Sánchez Ibáñez

María Pons Espinosa

**EL MODELO DE CUIDADO FAMILY INTEGRATED CARE EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Dirigido por:
Sra. Jesica Capera Fernández**

Grado de enfermería



**CAMPUS TERRES DE L'EBRE
Universitat Rovira i Virgili**

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2024

Agradecimientos

“Queremos agradecer a todos nuestros docentes que nos han enseñado tanto estos años y en especial, a nuestra tutora que nos ha guiado desde el primer día de esta etapa final de carrera, con el fin de realizar este trabajo de final de grado.

Por otra parte, agradecer el apoyo incondicional de nuestras familias que a pesar de la distancia durante estos cuatro años, han estado presentes dándonos cariño y respaldándonos en los buenos y malos momentos de este camino.

Por último, nos sentimos orgullosas de haber estudiado la carrera que siempre hemos deseado, para así poder convertirnos en una grandes enfermeras.”

ÍNDICE

Índice tablas:.....	8
Índice abreviaturas:.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	11
1. Introducción.....	12
2. Marco conceptual.....	13
2.1 La prematuridad y sus características.....	13
2.1.1 Mortalidad y morbilidad asociada a la prematuridad.....	14
a) Mortalidad.....	14
b) Morbilidad.....	15
2.2 Evolución de enfermería en la unidad de neonatología.....	16
2.3 Cuidados centrados en el desarrollo del bebe y la familia.....	18
2.4 La función que ejercen las familias en la UCIN basadas en un modelo de atención centrado en la familia.....	19
2.5 Ficare.....	20
2.6 La función enfermera en el modelo Ficare.....	23
3. Objetivos.....	24
4. Metodología.....	25
4.1) Descripción del estudio.....	25
4.2) Términos de búsqueda. 21.....	25
4.3) Tabla de criterios de inclusión y exclusión.....	30
5. Resultados.....	31
5.1 Diagrama de flujo.....	32
5.2 Artículos incluidos en la revisión ordenados cronológicamente.....	33
6. Análisis/Discusión.....	41
7. Conclusión.....	43
8. Bibliografía.....	44

Índice tablas:

1) Tabla 1 : Clasificación del prematuro según edad gestacional.....	13
2) Tabla 2 : Clasificación del prematuro según peso al nacer.....	13
3) Tabla 3 : Características de los RNP.....	14
4) Tabla 4 : Principales causas de mortalidad en menores de 1 año en España 2020.....	15
5) Tabla 5 : Morbilidad según EG 2021.....	16
6) Tabla 6 : Morbilidad según peso 2021.....	16
7) Tabla 7 : Términos de búsqueda.....	25
8) Tabla 8 : Bases de datos junto con criterios de exclusión e inclusión.....	30
9) Tabla 9 : Resultados de búsqueda.....	31
10) Tabla 10 : Artículos incluidos en la revisión ordenados cronológicamente...	33

Lista abreviaturas:

CCDF	Cuidados Centrados en el Desarrollo y Familia
CCDF	Developmentally and Family-Centered Care
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
EG	Edad Gestacional
FiCare	Family Integrated Care
MeSH	Medical Subject Headlines
NIH	Instituto Nacional del Cáncer
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNN	Premature Newborn
RNP	Recién Nacido Prematuro
SeNeo	Sociedad Española de Neonatología
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Resumen

Introducción: El nacimiento de un Recién Nacido Prematuro (RNP) tiene más probabilidades de padecer complicaciones propias de la prematuridad por las cuales deben ingresar en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Las familias de estos bebés, no les permiten estar presentes debido a que las visitan son dentro de un tiempo limitado. Actualmente, se ha desarrollado un nuevo método de cuidado llamado Family Integrated Care (FiCare), el cual tiene como base los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia (CCDF). Este nuevo modelo tiene como objetivo convertir a la familia en los cuidadores principales de los RNP a través de la educación sanitaria sobre los cuidados básicos por parte de los profesionales de enfermería.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica para determinar si existe una disminución de las complicaciones del prematuro ante la implantación del modelo de cuidado FiCare en las UCIN.

Metodología: Se ha desarrollado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos: PubMed, Scopus y Web of Science, empleando así los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 5 años escritos en inglés, castellano o portugués, de accesibilidad gratuita y cuyo tema principal sea el programa FiCare.

Resultados: Se ha seleccionado un total de 8 artículos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión implantados.

Conclusión: El método de cuidado FiCare demuestra obtener una serie de efectos positivos a nivel psicológico, ambiental, económico y sobre todo, aporta al RNP el bienestar emocional de poder tener la presencia de su familia y así iniciar el vínculo precozmente.

Palabras clave: Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Prestación integrada de atención a la salud, Recién Nacido Prematuro, Familia.

Abstract

Introduction: The birth of a Premature Newborn (PNN) is more likely to suffer complications of prematurity for which they must be admitted to the Neonatal Intensive Care Units (NICU). The families of these babies do not allow them to be present because they visit them within a limited time. Currently, a new method of care called Family Integrated Care (FiCare) has been developed, which is based on Developmentally and Family-Centered Care (CCDF). This new model aims to turn the family into the main caregivers of RNPs through health education on basic care by nursing professionals.

Objective: To conduct a literature review to determine if there is a decrease in complications in premature infants due to the implementation of the FiCare care model in NICUs.

Methodology: A bibliographic search of scientific articles has been carried out in the databases: PubMed, Scopus and Web of Science, using the following inclusion criteria: articles published in the last 5 years written in English, Spanish or Portuguese, freely accessible and whose main topic is the FiCare program.

Results: A total of 8 articles were selected that met the inclusion and exclusion criteria implemented.

Conclusion: The FiCare care method proves to obtain a series of positive effects at a psychological, environmental, economic level and above all, it provides the RNP with the emotional well-being of being able to have the presence of their family and thus initiate the bond early.

Key words: Neonatal Intensive Care Units, Integrated Health Care Delivery, Premature Newborn, Family.

1. Introducción.

Según la OMS, cada año nacen en el mundo 15 millones de niños prematuros. Se considera un niño prematuro cuando éste nace antes de la semana 37 de gestación. Dentro de este número de nacimientos, gran parte sobreviven sin ninguna secuela posterior, otra parte adquiere una serie de secuelas de mayor o menor grado de gravedad, algunos no sobreviven a esta prematuridad y alrededor de un 90% fallecen tras haber obtenido la vida. ¹ Por lo tanto, los recién nacidos prematuros (RNP), precisan de una atención especializada debido a que pueden desarrollar dichas patologías que requieren un cuidado especial por lo que, es necesario su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), debido a que ésta combina tecnología y técnicas avanzadas junto con profesionales de la salud especializados en este servicio. ²

La prematuridad se encuentra cada vez más en auge debido a causas como: el aumento de la edad de la madre, consumo de drogas durante el embarazo, factores socioeconómicos, retraso en la atención prenatal, etc.³ Es por ello, que tras el parto, el RNP puede presentar una serie de complicaciones o patologías respiratorias, pulmonares, neurológicas, oftalmológicas, cardiovasculares, gastrointestinales e inmunológicas. ⁴

Actualmente, se está implantando un modelo de prestación de atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales llamado Family Integrated Care (FiCare). Éste involucra a las familias en el cuidado y desarrollo de sus bebés, siendo partícipes en todos los aspectos de cuidado y planificación de cuidado de sus hijos junto con los profesionales de salud. ⁵ Cabe destacar que estudios recientes han demostrado un aumento de mejores resultados en el RNP como por ejemplo: hospitalizaciones con menor estancia, menores tasas de infección, aumento de la lactancia, aumento de peso y un mejor desarrollo neurológico del RNP. ⁵ Además, también mejora el estrés de las familias y con ello, un mayor bienestar psicológico durante la hospitalización. ⁵

Como futuras enfermeras y profesionales de la salud, creemos que es relevante implantar este modelo de cuidado en las UCIN para así, poder reducir las complicaciones de la prematuridad y el estrés de los progenitores durante la estancia hospitalaria.

Tras lo explicado anteriormente, se plantea la siguiente **pregunta de investigación:**

¿Instaurar el modelo de cuidado FiCare en las UCIN reduce las complicaciones del bebé causadas por la prematuridad?

2. Marco conceptual

2.1 La prematuridad y sus características

La prematuridad sigue siendo la primera causa de morbilidad neonatal e infantil y es uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad. Actualmente en España, la tasa global de nacimientos prematuros está en un 7%, de estos un 70% son prematuros tardíos.⁶

La clasificación de los recién nacidos se realiza en función de la edad gestacional (EG) o el peso al nacer. Es más utilizada la EG ya que determina la vulnerabilidad de los niños y de esta forma, realizar unos cuidados individualizados centrados en sus necesidades.⁶

Tabla 1: Clasificación del prematuro según edad gestacional.*

	EDAD GESTACIONAL
Prematuro extremo	Nacido en < 28 SG
Muy prematuro	Nacido entre 28-31 SG
Prematuro moderado	Nacido entre la 32- 33 SG
Prematuro tardío	Nacido entre la 34-36 SG

Fuente: * Tomado de Martín⁶

Tabla 2: Clasificación del prematuro según peso al nacer.*

	PESO AL NACER
Bajo peso al nacer	Menos de 2500 gramos
Peso muy bajo al nacer	Menos de 1500 gramos
Peso extremadamente bajo al nacer	Menos de 1000 gramos
Microprematuro	Menos de 750 gramos

Fuente: * Tomado de Martín⁶

Los RNP presentan una apariencia física y desarrollo corporal incompleto en comparación con los neonatos a término. Por lo tanto, cabe destacar que los bebés pretérmino tienen una serie de características como las que se muestran en la siguiente tabla ⁷:

Tabla 3: Características de los RNP.

Características RNP
Tamaño corporal reducido
Cabeza más desarrollada que el resto del cuerpo
Poca grasa subcutánea
Piel rosada, fina y brillante
Venas más visibles tras la piel
Carencia de rugosidades en las plantas de los pies
Escaso vello
Orejas suaves con poco cartílago
<p>Niños: el escroto es más pequeño y con pocos pliegues. Además, en los recién nacidos muy prematuros, en varias ocasiones no se encuentra descendido el escroto.</p> <p>Niñas: los labios mayores no cubren a los labios menores.</p>
Respiración rápida con periodos de apnea
Déficit en la coordinación y reflejos de succión o deglución
Tono muscular reducido
Menor actividad física

Fuente: *Tomado por Lattari ⁷

2.1.1 Mortalidad y morbilidad asociada a la prematuridad

a) Mortalidad

El nacimiento de un RNP es la principal causa de mortalidad infantil. Además, uno de cada cinco fallecimientos de bebés, se producen antes de cumplir los cinco años. Por otra parte, los RNP que sobreviven tras el parto pretérmino, son más probables a desarrollar

consecuencias y con ello, un mayor porcentaje de sufrir discapacidad y retraso en su evolución postnatal.⁸

En 2020, la tasa de mortalidad neonatal fue 1,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad postneonatal fue 0,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Desde el año 2001 las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal han descendido 36,5% y 35%, respectivamente (Tabla 4).⁸

Según el último informe publicado de los Patrones de Mortalidad en España, una de las primeras causas de mortalidad infantil, de acuerdo con el número de fallecimientos en 2020 ha sido: “Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer.”⁹ También, cabe destacar que 1,8 defunciones fue la tasa de mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos a pesar de que dicha tasa ha descendido un 36,5% desde el año 2001.⁹

Tabla 4: Principales causas de mortalidad en menores de 1 año en España 2020.*

Rango ²	Causa de muerte (basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión)	Número de defunciones	Porcentaje del total de defunciones	Tasa	
...	Todas las causas	890	100,0	260,8	
1	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	210	23,6	62,5
2	Hipoxia intrauterina y asfixia al nacimiento	P20-P21	60	6,7	17,6
3	Síndrome de la muerte súbita infantil	R95	56	6,3	16,4
4	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer	P07	47	5,3	13,8
5	Hemorragia del recién nacido	P50-P52, P54	47	5,3	13,8
6	Dificultad respiratoria del recién nacido	P22	39	4,4	11,4
7	Sepsis bacteriana del recién nacido	P36	39	4,4	11,9
8	Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal	P29	23	2,6	6,7
9	Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo	P01	23	2,6	6,7
10	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	P77	22	2,5	6,4
...	Resto de causas	324	36,4	93,6	

1. Tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos

2. Rango basado en el número de defunciones

Fuente: *Tomado por Ministerio de Sanidad⁹

b) Morbilidad

Según el Instituto Nacional de Cáncer (NIH), la morbilidad es definida como: “La presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento.”¹⁰ Bien pues, se ha podido observar que en la última

publicación del SEN1500 de la Sociedad Española de Neonatología (seNeo), las tasas de Morbilidad neonatal según Edad Gestacional (EG) o Peso mostradas en las siguientes tablas adjuntadas ¹¹:

Tabla 5: Morbilidad por EG 2021*

	< 24 s	24 - 25 s	26 - 27 s	28 - 29 s	30 - 31 s	> 32 s	Total
Numero de Individuos	44 (100%)	199 (100%)	314 (100%)	499 (100%)	680 (100%)	407 (100%)	2143 (100%)
Enfermedad de membranas hialinas	38 (86.36%)	180 (90.45%)	247 (78.66%)	314 (62.93%)	255 (37.5%)	49 (12.04%)	1083 (50.54%)
Neumotórax	5 (11.36%)	20 (10.05%)	23 (7.32%)	16 (3.21%)	21 (3.09%)	8 (1.97%)	93 (4.34%)
Displasia broncopulmonar moderada-severa	6 (13.64%)	52 (26.13%)	86 (27.39%)	75 (15.03%)	41 (6.03%)	25 (6.14%)	285 (13.3%)
Hemorragia intraventricular grave	16 (36.36%)	42 (21.11%)	33 (10.51%)	14 (2.81%)	15 (2.21%)	5 (1.23%)	125 (5.83%)
Sepsis/meningitis (bacteriana) tardía	12 (27.27%)	79 (39.7%)	120 (38.22%)	102 (20.44%)	60 (8.82%)	23 (5.65%)	396 (18.48%)
Enterocolitis necrotizante	9 (20.45%)	19 (9.55%)	20 (6.37%)	34 (6.81%)	13 (1.91%)	8 (1.97%)	103 (4.81%)
Retinopatía (Estadio e 3) o Tratados por retinopatía	8 (18.18%)	33 (16.58%)	31 (9.87%)	10 (2%)	4 (0.59%)	2 (0.49%)	88 (4.11%)

Fuente: * Tomado por Sánchez ¹¹

Tabla 6: Morbilidad por Peso 2021*

	< 501	501-750	751-1000	1001-1250	1251-1500	> 1500	Total
Numero de Individuos	44 (100%)	237 (100%)	385 (100%)	491 (100%)	693 (100%)	289 (100%)	2139 (100%)
Enfermedad de membranas hialinas	38 (86.36%)	184 (77.64%)	278 (72.21%)	252 (51.32%)	224 (32.32%)	105 (36.33%)	1081 (50.54%)
Neumotórax	2 (4.55%)	20 (8.44%)	31 (8.05%)	17 (3.46%)	17 (2.45%)	6 (2.08%)	93 (4.35%)
Displasia broncopulmonar moderada-severa	13 (29.55%)	73 (30.8%)	84 (21.82%)	59 (12.02%)	43 (6.2%)	12 (4.15%)	284 (13.28%)
Hemorragia intraventricular grave	5 (11.36%)	49 (20.68%)	38 (9.87%)	12 (2.44%)	14 (2.02%)	7 (2.42%)	125 (5.84%)
Sepsis/meningitis (bacteriana) tardía	13 (29.55%)	103 (43.46%)	119 (30.91%)	83 (16.9%)	61 (8.8%)	17 (5.88%)	396 (18.51%)
Enterocolitis necrotizante	3 (6.82%)	32 (13.5%)	34 (8.83%)	17 (3.46%)	15 (2.16%)	2 (0.69%)	103 (4.82%)
Retinopatía (Estadio e 3) o Tratados por retinopatía	7 (15.91%)	40 (16.88%)	28 (7.27%)	8 (1.63%)	5 (0.72%)	0 (0%)	88 (4.11%)

Fuente: * Tomado por Sánchez ¹¹

2.2 Evolución de enfermería en la unidad de neonatología.

Desde la unidad de neonatología siempre se ha tenido como objetivo principal solventar la condición de salud del RNP que le sea incompatible con la vida. Dicho objetivo se ha intentado conseguir por parte de los profesionales de enfermería teniendo como pilares: provocar el mínimo dolor, reducir los niveles de ansiedad del bebé, prevenir las posibles complicaciones y mantener informados y cómodos a los familiares. ¹²

Años atrás, el servicio de neonatología no contaba con las tecnologías de alto nivel que se disponen ahora y que son fundamentales para proporcionar la supervivencia al paciente en caso de inmadurez fisiológica, asfixia grave, procedimientos quirúrgicos y las correcciones de malformaciones congénitas diversas.¹² Cabe destacar, que la evolución mencionada no solo se ha observado en el área tecnológica sino también, en la humanización de los cuidados por parte de los sanitarios, en este caso, de la enfermería. Por lo tanto, es importante recalcar la gran diferencia del método de cuidado entre las UCIN de principios del siglo XX y las actuales para comprender el origen de los servicios que se ofrecen.¹²

A principios del siglo XX, los cuidados a los bebés prematuros se concentraban en el contacto mínimo con él, ya que se pensaba que un posible contacto podría empeorar el estado de salud del RN.¹² También, se crearon nuevos centros llamados “guarderías” asegurando así, la atención especializada de las enfermeras en las unidades junto con un equipamiento tecnológico para el control del bebé.

No obstante, al tener esta idea de contacto cero con el prematuro, se privaba a los familiares de un contacto más íntimo con su bebé.¹²

A partir de los años 60, se aprobaron los términos de “neonatología” y “neonatólogo” y se dio inicio a la neonatología moderna y a los cuidados intensivos del recién nacido prematuro.¹² Tras esta aprobación, se dio paso a reconocer que los RNP podían ser tratados y que precisaban de una atención especializada en comparación con otros niños más mayores. Por lo tanto, se convierte imprescindible la atención de enfermeras calificadas y especializadas en los cuidados complejos proporcionados a los prematuros.

¹²

El profesional de enfermería en la UCIN es el que otorga un cuidado directo al prematuro y el encargado de realizar diferentes intervenciones hacia él junto con una vigilancia continua de su salud y bienestar. Entonces, se ha llegado a la conclusión de que por parte de las enfermeras, es fundamental tener conocimientos sobre el cuidado del RNP en una unidad de neonatología y sus tecnologías avanzadas, y deben de estar continuamente actualizadas sobre los nuevos avances del cuidado que surgen en esta área.¹³

Esto es debido a que la enfermera es la encargada de coordinar las diferentes funciones de los diversos profesionales con el fin de garantizar la seguridad del prematuro y así mejorar la calidad asistencial de los cuidados. Todo ello, sucede debido a que en la unidad se trabaja con un equipo multidisciplinar.¹³

Finalmente, es importante destacar el concepto de puertas abiertas en la UCIN para favorecer el método madre canguro y los CCDF que ayudan a mejorar los procesos en la unidad y beneficia a los bebés. Dichos métodos se llevarán a cabo de manera óptima teniendo a unas profesionales capacitadas para ejercer el pensamiento crítico junto con una constante evolución personal y profesional. ¹⁴

2.3 Cuidados centrados en el desarrollo del bebe y la familia.

Como se ha mencionado anteriormente, las nuevas tecnologías han ido creando una deshumanización severa del cuidado hacia los RNP y sus familias.

Actualmente, la enfermería está enfocada al cuidado integral y humanizado tanto del RNP como de sus progenitores. Este proceso de cambio en el cuidar, conlleva una atención compleja, multidimensional y dinámica que ayuda a ofrecer unos cuidados de calidad y personalizados. Y por otro lado, la familia se convierte en una pieza esencial en el desarrollo de los cuidados en la unidad. ¹⁵

Este cambio de método de cuidado en la UCIN se debe a las secuelas motoras, sensoriales y cognitivas que se han observado en los RNP y, por el estrés que experimentan durante su estancia en la unidad. ¹⁶

Dicho método está basado en la teoría sinactiva de Heidelise, la cual es el origen de los cuidados centrados en el desarrollo del paciente y la familia, confirma que un RNP forma su propio desarrollo y se crea en función de la capacidad de atención- interacción y su manera de relacionarse con el entorno. ¹⁶ Por lo tanto, según la autora divide el sistema nervioso del bebé en cuatro subsistemas que son: el autónomo, que realiza las funciones básicas para sobrevivir y es el más influyente en los otros; el motor, se basa en el tono, movimiento y postura; el sueño y los periodos de vigilia; y por último, el de atención-interacción, que es la habilidad que obtiene el recién nacido de interactuar con el medio. ¹⁶

Con ello, dentro de las UCIN existen una serie de factores estresantes que interfieren en los RNP. Como por ejemplo: manipulaciones provocadas por procedimientos médicos que pueden dar lugar a sufrir dolor o demasiado ruido y luz. ¹⁶

En definitiva, si un prematuro vive una situación de estrés como la hospitalización en la UCIN, da lugar a una autorregulación incorrecta y le genera comportamientos desorganizados. ¹⁶

A raíz de comprender la teoría sinactiva y los factores estresantes sobre los RNP, surgen los CCD en el servicio de la UCIN, que tratan una serie de actividades realizadas por los profesionales sanitarios dirigidas a interpretar la conducta del bebé de manera individualizada y así, utilizar estrategias que reduzcan el estrés. ¹⁶

Tiene como principal objetivo, fomentar el neurodesarrollo del RNP e involucrar a los familiares con el fin de que sean los cuidadores principales del bebé. ¹⁶ Este modelo de humanización de los cuidados en neonatología, promueve diferentes acciones y cambios en las unidades como optimizar el macro y microambiente dónde se encuentra el prematuro e integrar a los familiares en los cuidados básicos diarios, para así evitar que se sientan desplazados. ¹⁶

- Los cuidados del macroambiente están enfocados en disminuir los ruidos y las luces, al igual que algunos aparatos de las propias UCIN. ¹⁶
- Los cuidados del microambiente se centran en promocionar una postura fisiológica correcta del bebé, los cambios posturales correspondientes, y controlar las manipulaciones e intervenciones médicas que se le realizan con el fin de reducir el dolor. ¹⁶

En conclusión, gracias a los CCD se está consiguiendo instaurar el método canguro y fomentar la lactancia materna tras el nacimiento del bebé, con el objetivo de favorecer el vínculo entre ellos. Además, cabe destacar el cambio en los horarios para las visitas ya que ahora hay posibilidad de visitar las 24 horas al RNP y así poner en práctica la función de cuidadores principales. ¹⁶

2.4 La función que ejercen las familias en la UCIN basadas en un modelo de atención centrado en la familia.

Las familias que viven la hospitalización de su hijo recién nacido en la UCIN experimentan el nacimiento del bebé de forma distinta a otras. Entre un 40-50 % de estas familias sufren depresión, ansiedad y estrés postraumático durante el ingreso en la unidad, a nivel parental viven cambios en el funcionamiento de la propia pareja debido a la falta de privacidad en la unidad, ya que era una sala abierta con varias camas y solo les separaba una cortina por lo que, les hacía sentir incomodidad. ¹⁷

Además, había demasiado ruido en el ambiente y no podían ejercer con facilidad ciertas funciones como amamantar o coger a sus bebés.¹⁷

Tras estas situaciones y sentimientos que experimentaban los familiares de los bebés, el papel de las familias en la UCIN ha cambiado por completo. Actualmente, la mayoría pueden tocar a su bebé en las primeras 24 horas y durante sus visitas, se les está permitido realizar tareas del cuidado del recién nacido que formen una rutina en él.¹⁷

De esta forma, los familiares se sienten más seguros y tranquilos pudiendo ayudar a los profesionales y también, se convierten en los principales cuidadores del bebe tras su ingreso.¹⁸ Debido a esta educación sanitaria acerca de los cuidados básicos del RNP en la unidad, los familiares suelen salir al alta totalmente capacitados para realizar dichas actividades en el domicilio, sin sentir desconfianza o miedo de estar a solas con el bebé.¹⁷

Finalmente, esta atención centrada en las familias ayuda como bien se ha mencionado, a que ellos ejerzan las actividades que corresponden con la paternidad e incluso en durante la hospitalización permite crear una colaboración entre cuidadores y profesionales. Cabe destacar, la importancia que tiene en ellos ya que son escuchados, comprendidos y reconocidos según el verdadero papel que desempeñan allí.¹⁹

2.5 Ficare.

La familia es el elemento fundamental de salud para sus hijos y por ello, es importante que consigan seguridad, confianza en sí mismo y sobre todo, un buen manejo del estrés y salud psicológica.²⁰

No obstante, existe una serie de complicaciones y dificultades de las familias cuando sus hijos se encuentran hospitalizados y en este caso, en una unidad de cuidados intensivos en las que piensan que no van a poder crear ese vínculo de amor y confianza con sus bebé recién nacido. Por ello, el programa Family Integrated Care o también mencionado FiCare, fue creado con el objetivo de fomentar la participación activa de las familias con la formación y apoyo a éstas por parte de los profesionales de enfermería de estas unidades.

²⁰

FiCare fue diseñado por el Dr.SHoo y el Dr.Karel O'Brien desde el Hospital de Mount Sinai de Toronto. Este, es un modelo colaborativo de atención neonatal en el cual su principal objetivo es abordar los posibles efectos negativos del entorno de la UCIN también, fue creado para brindar ayuda en la adaptación del ambiente de la unidad a las familias que

tienen a sus RNP tras el parto.²⁰ Además, este modelo pretende que las familias brindan a sus bebés tres tipos de ayuda: emocional, cognitiva y física. ²⁰

A raíz de desarrollar más este nuevo modelo del cuidado en la unidad de neonatología, O'Brien determina que existen siete componentes clave en la intervención del Ficare. Estos serían:

1. Capacitación del personal de la UCIN.

La formación específica de los profesionales de enfermería en la UCIN abarca mecanismos de recompensa y formación. ²⁰

2. La educación de los familiares.

Los profesionales sanitarios son los principales encargados en la unidad de involucrar a los familiares del bebé en programas de capacitación, enseñarles diversas técnicas básicas al lado de la cama, deben acudir a sesiones grupales de educación para las familias. Este tipo de actividades tienen como principal objetivo fomentar las habilidades básicas del cuidado de un RNP y así, instaurar el cuidado de la vida en las UCIN por parte de ellos mismos. ²⁰

3. La participación de las familias en el cuidado de los bebés.

La familia se convierte en el principal cuidador de los RNP brindándoles compañía tras el ingreso en la UCIN, es decir, la familia participa de manera activa en actividades como: alimentar a sus bebés por la Sonda Nasogástrica, lactancia materna del pecho o biberón, crear el vínculo de piel con piel junto a su bebé y además, también participan en el peso y regulación de la temperatura del recién nacido. ²⁰

4. La participación de las familias en los planes médicos.

A pesar de la importancia y el papel fundamental que han adquirido las familias en el cuidado del bebé, la atención sanitaria va a cargo de los profesionales médicos y enfermeros de la unidad. Sin embargo, gracias a este modelo los padres son más partícipes en las rondas médicas, en las planificaciones para la atención y siempre tendrán la última palabra en las decisiones médicas que se deliberan junto con los sanitarios. ²⁰

5. El refuerzo positivo entre la familia . ²⁰

6. El apoyo ambiental de la UCIN.

Esta intervención es fundamental ya que, como se ha mencionado en el apartado de los CCD, para evitar diversas complicaciones en el neurodesarrollo del bebé y proporcionar un entorno adecuado para los padres.

Este tipo de cuidados son ejecutados por parte de los profesionales de la unidad, enfocados al macro y microambiente de la habitación del RNP. ¹⁶

7. La aplicación móvil para la familia.

Una aplicación móvil podría hacerse uso para los registros de datos del RNP y revisar las sesiones educativas que se realizan. ¹⁸

Más recientemente se están implementando actividades más específicas dentro de las siete intervenciones generales del Ficare, como por ejemplo:

- Educación extra para enfermeras voluntarias que quieran una mayor formación del modelo. Con ello, la creación de un programa de formación sanitaria para que el personal de enfermería oriente, ayude y forme a las familias en la implementación del FiCare. ¹⁸
- En la formación hacia las familias, se determina necesario crear sesiones educativas de grupo (3 a 5 veces por semana), si es preciso se les puede resolver dudas o incertidumbres junto a la cama del RNP, es decir, educación sobre el cuidado 1:1. ¹⁸
- La familia puede pasar más de seis horas en la unidad con el objetivo de ser participe en actividades en diferentes áreas como: el baño, vestir al bebé junto con cambio de pañal y realizar el método piel con piel. ¹⁸
- Al recibir la importancia que les corresponde las respectivas familias, se convierten imprescindibles en las visitas médicas del RNP, y con respecto a los cuidados se encargaron de mantener un control diario y como se ha mencionado anteriormente, ser partícipes en las decisiones clínicas del bebé junto con los profesionales. ¹⁸
- Las familias reciben formación en la cama del RNP o en el aula educativa. Además, puede haber una educación informal entre padres veteranos a padres primerizos dentro de la UCIN. ¹⁸

- Relacionado con el cuidado del ambiente en la UCIN, se escriben políticas, actividades y diversos recursos para conservar el medioambiente de la unidad, algunos cambios podrían ser: proporcionar un área de descanso como un dormitorio para la familia, sillas o sillones adecuados al lado de la incubadora y se contempla dar bonos de transporte o apartamento gratuito. ¹⁸

En conclusión, el personal que se nutre del modelo FiCare, consta de un equipo multidisciplinar y pluri-institucional del servicio de Neonatología. Cabe destacar, que gracias a los pilares básicos de este nuevo modelo del cuidado humanizado que son, la implicación y formación de los familiares acerca de los cuidados básicos centrados en el prematuro y la reducción del estrés que sufren durante esta experiencia, se han observado una serie de beneficios para el desarrollo óptimo del RNP como:

- Aumento del peso. ¹⁹
- Menor tiempo de hospitalización y menor riesgo de infección. ¹⁹
- Aumento de la lactancia materna. ¹⁹
- Incremento del vínculo familiar de los progenitores y el RNP. ¹⁹

No obstante, es importante recalcar que el profesional sanitario también aumenta sus capacidades a la hora de comunicarse con las familias, mejora el conocimiento de sus necesidades y fomenta la empatía en los momentos de estrés.

2.6 La función enfermera en el modelo Ficare.

La enfermería es clave para el desarrollo óptimo de este nuevo modelo en la UCIN. No obstante, cabe destacar que entre los profesionales sanitarios genera un gran impacto a la hora de mencionar sus funciones, debido a que en FiCare, la enfermera pasa a tener un papel secundario como cuidadora única del RNP durante la estancia en la unidad, siendo la familia los principales y fundamentales cuidadores de éste. ³

Por otro lado, la enfermera debe ser supervisora y educadora de la familia para garantizar un aprendizaje de cuidado y conocimiento de los progenitores del cuidado de su bebé. Además, enfermería se hace responsable de notificar incidencias que requieran atención médica a nivel familiar y del RNP. ³ También, se ha detectado que la familia en numerosas ocasiones se siente ansiosa por cuidar a su bebé y quiere agilizar el proceso de recuperación. ³

No obstante, como se ha ido mencionado durante el trabajo, la implantación de este modelo y las afirmaciones de los progenitores, FiCare ha demostrado reducir la ansiedad y estrés de las familias, debido a que éstas sienten control sobre el cuidado de su bebé y con ello, pueden visualizar la evolución del RNP durante su estancia en la UCIN. ³

3. Objetivos.

OBJETIVO GENERAL: Realizar una revisión bibliográfica para determinar si existe una disminución de las complicaciones del prematuro ante la implantación del modelo de cuidado FiCare en las UCIN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar los beneficios que proporciona el método de cuidado FiCare en la hospitalización de las UCIN.
- Observar si hay un aumento del vínculo entre la familia y el RNP y con ello, una disminución de la ansiedad tras la involucración en los cuidados del prematuro .
- Valorar la función de enfermería en el modelo FiCare ante el prematuro y su familia.

4. Metodología.

4.1) Descripción del estudio.

El trabajo es una revisión bibliográfica en la cual hemos realizado una búsqueda de artículos actualizados entre 2019 y 2024 en diferentes bases de datos como Pubmed, Web of Science y Scopus.

4.2) Términos de búsqueda. ²¹

Tabla 7. Términos de Búsqueda. ²¹

Descriptor DeSC / N° Identificador único	Descriptor MeSH / N° Identificador único	Lenguaje libre
<u>Recién Nacido Prematuro D007234</u>	<u>Premature D007234</u>	Prematuro
Bebé Prematuro	Infants, Premature	
Bebés Prematuros	Premature Infant	
Lactante Nacido Prematuramente	Preterm Infants	
Lactante Nacido Pretérmino	Infant, Preterm	
Lactante Prematuro	Infants, Preterm	
Lactante Pretérmino	Preterm Infant	
Lactantes Nacidos Prematuramente	Premature Infants	
Lactantes Nacidos Prematuros		
Lactantes Nacidos Pretérmino		
Lactantes Prematuros		
Lactantes Pretérmino		

Neonato Prematuro Neonato Pretérmino Neonatos Prematuros Neonatos Pretérmino Prematuridad Prematuridad Neonatal Prematuro Prematuros Pretérmino Recién Nacido Pretérmino Recién Nacidos Prematuros Recién Nacidos Pretérmino	Neonatal Prematurity Prematurity, Neonatal	
---	---	--

<p><u>Prestación integrada de atención a la salud D019033</u></p> <p>Sistemas de Atención de Salud Integrada.</p> <p>Sistemas de Prestación Integrada.</p>	<p><u>Delivery of Health Care, Integrated D019033</u></p> <p>Integrated Health Care Systems</p> <p>Integrated Delivery Systems</p> <p>Delivery System, Integrated</p> <p>Delivery Systems, Integrated</p> <p>Integrated Delivery System</p> <p>System, Integrated Delivery</p> <p>Systems, Integrated Delivery</p>	<p>Integrado</p>
<p><u>Familia D005190</u></p> <p>Ciclos en la Vida Familiar</p> <p>Familiares</p> <p>Filiación</p> <p>Investigacion de Familia</p> <p>Investigación Familiar</p> <p>Miembros de la Familia</p> <p>Pariente</p> <p>Parientes</p> <p>Red Familiar</p>	<p><u>Family D005190</u></p> <p>Families</p> <p>Family Members</p> <p>Family Member</p> <p>Relatives</p> <p>Filiation</p> <p>Kinship Networks</p>	<p>Familia</p>

<p>Red de Parentesco Redes Familiares Redes de Parentesco</p>	<p>Kinship Network Network, Kinship Networks, Kinship Family Life Cycles Life Cycle, Family Life Cycles, Family Family Life Cycle Family Research Research, Family</p>	
<p><u>Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal D007363</u> UCI de Neonatos UVI de Neonatos Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal Unidad de Cuidados Intensivos para Recién Nacidos Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos Unidades Neonatales de Terapia Intensiva Unidades de Cuidado Intensivo para Recién Nacidos Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales Unidades de Terapia Intensiva Neonatal</p>	<p><u>NICU D007363</u> Newborn Intensive Care Unit Neonatal Intensive Care Unit Newborn Intensive Care Units (NICU) Neonatal ICU Newborn ICU ICU, Newborn ICUs, Newborn</p>	<p>UCIN</p>

	Newborn ICUs Newborn Intensive Care Units Neonatal Intensive Care Units ICU, Neonatal ICUs, Neonatal Neonatal ICUs	
--	---	--

Fuente: * Tomado por DeCS ²¹

4.3) Tabla de criterios de inclusión y exclusión.

En la siguiente tabla, se puede observar la frase de búsqueda empleada en esta revisión bibliográfica y también se han establecido en dos columnas los criterios de inclusión y exclusión marcados en el trabajo.

Tabla 8. Bases de datos junto con criterios de exclusión e inclusión.

BASE DE DATOS	FRASE DE BÚSQUEDA	CRITERIO DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Pubmed	Family AND NICU AND Delivery of Health Care, Integrated AND Premature	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos relacionados con bebés a término. -Artículos que traten sobre -Artículos incompletos -Estudios que no traten de intervenciones de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos relacionados con FiCare. -Artículos publicados entre 2019 y 2024. -Artículos disponibles de manera gratuita. -Artículos escritos en inglés, castellano y portugués
Web of Science	Family AND NICU AND Delivery of Health Care, Integrated AND Premature	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos relacionados con bebés a término. -Artículos que traten sobre -Artículos incompletos -Estudios que no traten de intervenciones de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos relacionados con FiCare. -Artículos publicados entre 2019 y 2024. -Artículos disponibles de manera gratuita. -Artículos escritos en inglés, castellano y portugués

Scopus	Family AND NICU AND Delivery of Health Care, Integrated	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos relacionados con bebés a término. -Artículos que traten sobre -Artículos incompletos -Estudios que no traten de intervenciones de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos relacionados con FiCare. -Artículos publicados entre 2019 y 2024. -Artículos disponibles de manera gratuita. -Artículos escritos en inglés, castellano y portugués

5. Resultados.

A través de las ecuaciones de búsqueda, hemos obtenido en cada base de datos los siguientes resultados:

Tabla 9. Resultados de búsqueda.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	Nº ARTÍCULOS TOTALES	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Pubmed	Family AND NICU AND Delivery of Health Care, Integrated AND Premature.	38	9
Web of Science	Family AND NICU AND Delivery of Health Care, Integrated AND Premature.	35	10
Scopus	Family AND NICU AND Delivery of Health Care, Integrated AND Premature.	22	8

5.1 Diagrama de flujo.

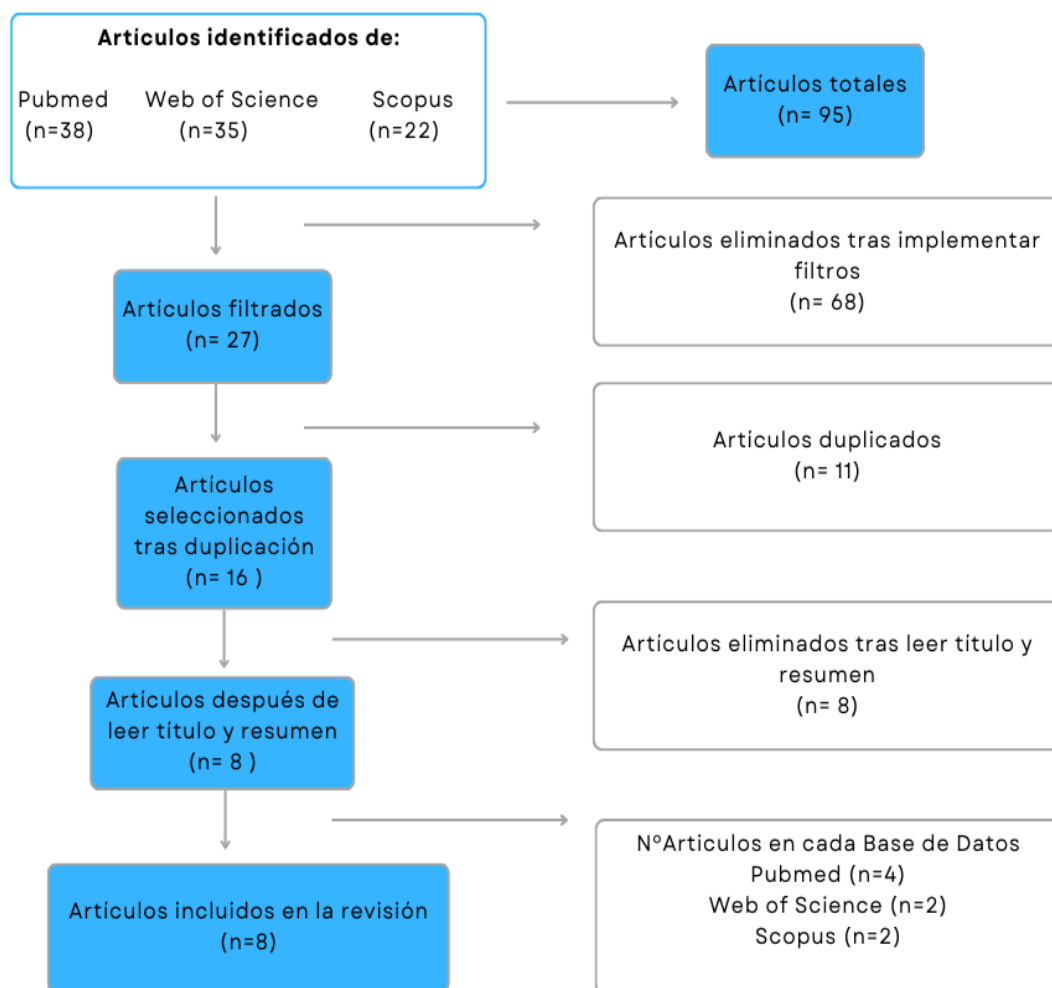


Figura 1. Diagrama de Flujo realizado a partir del modelo PRISMA 2020.

Tras emplear el método Prisma 2020 para la obtención de los artículos de esta revisión bibliográfica, se obtuvieron un total de 95 artículos en las diferentes bases de datos.

Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se filtraron 27 artículos, de los cuales 11 estaban duplicados. Por lo tanto, una vez leídos los títulos y resúmenes de los artículos, se concluyó un total de 8 artículos para nuestra revisión bibliográfica.

5.2 Artículos incluidos en la revisión ordenados cronológicamente.

Autor	Año	País	Título	Metodología/Objetivo	Población	Resultados/Conclusión
Ding L, Chen Y, Zhang W, Song J, Yao X, Wan Y, Huang R. ¹⁸	2023	China	“Effect of family integrated care on breastfeeding of preterm infants: A scoping review”	<p>El diseño se basa en una revisión de alcance.</p> <p>Dicha revisión tiene dos objetivos finales. En primer lugar, se quiere describir los componentes clave en la intervención de atención familiar integrada hacia los RNP en las UCIN. En segundo lugar, evaluar junto al objetivo anterior, el impacto en los resultados de la lactancia materna en dichos bebés.</p>	<p>Recién nacidos prematuros cuya edad gestacional fue mayor a 28 semanas pero menor a 37 semanas y sus padres o cuidadores principales.</p>	<p>Este estudio muestra finalmente la eficacia de la implantación del método FiCare en las UCIN. Con ello, se concluye específicamente como la participación activa de los padres durante la estancia en la unidad, aumenta las tasas de lactancia materna en los lactantes prematuros a la hora del momento del alta. Además, se expresa la falta de implementación de este método en otras UCIN del país.</p>

<p>Kubicka, Zuzanna Fiascone, John Williams, David Zahr, Eyad. Ditzel, Amy Perry, Diana Rousseau, Tamara Lacy, Molly Arzuaga, Bonnie. ²²</p>	<p>2023</p>	<p>EEUU</p>	<p>“Implementing modified family integrated care U.S.neonatal intensive care unit: nursing perspectives and effects on parents.”</p>	<p>Diseño de casos y controles para evaluar el estrés de los padres antes y después del uso del FiCare en toda la UCIN a través de un cuestionario.</p> <p>En este estudio existen dos tipos de objetivos, uno sería examinar los efectos que tiene el modelo FiCare en los padres de las UCIN de EEUU y el otro, es conocer y evaluar las perspectivas de las enfermeras de allí.</p>	<p>Padres de bebés admitidos en la UCIN durante al menos 7 días. Y enfermeras que trabajaron en la UCIN durante el estudio.</p>	<p>Tras la comparación del grupo pre-FiCare con el grupo FiCare, se ha confirmado una disminución del estrés familiar por la participación en el aprendizaje, mejor comunicación entre padres-profesionales y una mayor confianza en ellos para el cuidado tras el alta. Además, las enfermeras destacaron que no incrementó su carga de trabajo, lo cual es destacable a la hora de implementar nuevos proyectos en el área de atención sanitaria.</p> <p>Finalmente, se garantiza que cualquier tipo de participación familiar en las UCIN, genera una serie de beneficios para los padres y profesionales.</p>
---	-------------	-------------	--	--	---	---

<p>Franck LS, Gay CL, Hoffmann TJ, Kriz RM, Bisgaard R, Cormier DM, Joe P, Lothe B, Sun Y. ²³</p>	<p>2022</p>	<p>EEUU</p>	<p>"Neonatal outcomes from a quasi-experimental clinical trial of Family Integrated Care versus Family-Centered Care for preterm infants in U.S. NICUs"</p>	<p>Ensayo cuasi experimental. El objetivo de este estudio se basa en comparar el peso de los RNP y los resultados del alta entre el modelo tradicional de Atención centrada en la familia (FCC) y el nuevo método de Atención Integrada Familiar (FiCare) mejorado con los dispositivos móviles (mFiCare) en los Estados Unidos.</p>	<p>En este estudio participaron 253 familias de bebé/padre. Los cuales en 114 se basaban en el modelo tradicional de FCC y 112 con el método mFiCare.</p>	<p>Se han hallado resultados con un prometedor futuro en el modelo mFiCare, debido a que éste puede tener beneficios en los RNP como: aumento de peso y menores infecciones nosocomiales. También, cabe destacar que dicha mejoría dependerá de la implicación de las familias en el proceso del cuidado y las decisiones conjuntas durante su estancia en la UCIN.</p>
--	-------------	-------------	---	--	---	---

Chen H, Dong L. ²⁴	2022	China	“The effect of family integrated care on the prognosis of premature infants.”	<p>Estudio prospectivo aleatorizado.</p> <p>El objetivo consta de comparar el grupo de control e intervención, siendo el modelo FCC frente a FiCare, respectivamente. En concreto, se quiere comparar la duración de la Sonda Nasogástrica, el tiempo en alcanzar la nutrición enteral total, el aumento de peso, la tasa de lactancia materna exclusiva, la duración de la estancia en la UCIN, crecimiento y desarrollo neonatal, la tasa de reingresos, la autoeficiencia de los padres y las complicaciones relacionadas con la prematuridad.</p>	230 recién nacidos prematuros, divididos en un grupo de intervención y un grupo control de 115 casos cada uno.	Se encontró que el grupo de intervención, es decir, el grupo basado en FiCare tuvo un tiempo de retención de sonda nasogástrica más corto, un tiempo más corto para lograr la nutrición enteral total, una tasa de lactancia materna exclusiva más alta, un tiempo de estancia hospitalaria más corto, una mejor tasa de crecimiento, una mayor autoeficacia parental. Además el grupo de control tuvo un aumento de reingresos y mayor incidencia de asfixia e infección.
----------------------------------	------	-------	---	---	--	--

<p>Liang, Xiangyan Miao, Aimei Zhang, Wei Li, Min Xing, Yan. ²⁵</p>	<p>2022</p>	<p>China</p>	<p>“Effect of family integrated care on physical growth and language development of premature infants: a retrospective study.”</p>	<p>Estudio retrospectivo que incluyó a madres y sus bebés prematuros hospitalizados UCIN tras 24 horas del parto.</p> <p>El objetivo del estudio es evaluar el crecimiento físico y el desarrollo del lenguaje de bebés prematuros a la edad de 18 meses y determinar el impacto que ha tenido el método FiCare en los prematuros.</p>	<p>238 bebés prematuros y sus madres ingresados en la UCIN dentro de las 24 horas posteriores al parto.</p>	<p>El modelo FiCare disminuye los efectos adversos que pueda generar la separación madre-hijo y hace que los familiares participen en el cuidado junto a las enfermeras. Además, estimula la secreción de leche materna y la lactancia y el contacto piel con piel entre madre e hijo, aumenta la confianza y felicidad de la madre.</p> <p>Por lo tanto, el modelo FiCare provoca un efecto positivo en los prematuros y sus familias.</p>
--	-------------	--------------	--	--	---	---

<p>Shafey, Amy Benzies, Karen Amin, Reshman Stelfox, Henry T Shah, Vibhuti. <small>26</small></p>	<p>2022</p>	<p>Canadá</p>	<p>“Fathers Experiences in Alberta Family Integrated Care: A Qualitative Study.”</p>	<p>Subestudio cualitativo de un ensayo aleatorio prospectivo multicéntrico del FiCare.</p> <p>El objetivo del estudio es poder describir las experiencias vividas de los padres de hijos prematuros que han sido cuidados en la UCIN a través del modelo FiCare y compararlas con los padres atendidos con un método estándar.</p>	<p>La población del estudio fueron 13 padres de hijos prematuros 32-34 SG, 9 tuvieron el modelo FiCare y 4 los cuidados estándar.</p> <p>Fueron en 10 UCIN nivel II Alberta.</p>	<p>En las entrevistas la mayoría de los padres del grupo FiCare, explicaron que durante la estancia, los profesionales les estimulaban en la participación de los cuidados y en desempeñar su rol de cuidador. Al alta, este grupo expresó una mayor comodidad y confianza al regresar a casa.</p> <p>Por lo que, el modelo FiCare proporcionó una experiencia positiva a los padres y unos mejores resultados en la familia.</p>
---	-------------	---------------	--	--	--	---

<p>Hei M, Gao X, Li Y, Gao X, Li Z, Xia S. ²⁷</p>	<p>2021</p>	<p>Canadá</p>	<p>“Family Integrated Care reduces NICU length of stay and improves medical outcomes across China.”</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado, prospectivo y multicéntrico.</p> <p>El objetivo es comparar la eficacia de usar FiCare frente al cuidado estándar para observar si se reduce la duración de la estancia hospitalaria y los resultados adversos, mejorando así el bienestar neonatal.</p>	<p>601 prematuros de edad gestacional >28 y <35 SG, tenían alimentación enteral y constantes vitales estables, durante 24 horas.</p> <p>11 UCIN de 8 provincias en China.</p>	<p>Los prematuros cuidados con FiCare obtuvieron mejores resultados: se consiguió una disminución de los gastos médicos, un aumento de peso más rápido, un aumento de las tasas de la lactancia materna y en general, mejores resultados infantiles.</p> <p>Además, el modelo FiCare proporciona a los profesionales de enfermería pertenecientes a las UCIN, las herramientas necesarias para educar e involucrar a los padres en el cuidado de sus hijos.</p>
--	-------------	---------------	---	---	---	---

<p>Benzies KM, Aziz K, Shah V, Faris P, Isaranuwatjai W, Scotland J, Larocque J, Mrklas KJ, Naugler C, Stelfox HT, Chari R, Soraisham AS, Akierman AR, Phillipos E, Amin H, Hoch JS, Zanoni P, Kurilova J, Lodha A. ²⁸</p>	<p>2020</p>	<p>Canadá</p>	<p>“Effectiveness of Alberta Family Integrated Care on infant length of stay in level II neonatal intensive care units: a cluster randomized controlled trial”</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio por grupos.</p> <p>El objetivo de este ensayo es adaptar el modelo Alberta FiCare de las UCIN de nivel III a las de nivel II para así, comparar si este nuevo método disminuye la estancia hospitalaria en RNP sin un posterior aumento de visitas a Urgencias y con ello, reingresos hospitalarios.</p>	<p>La población total fue de madres y 765 bebés. De los cuales 353 bebés y 308 madres eran del grupo de Alberta FiCare y 365 bebés con 306 madres del grupo de atención estándar.</p> <p>Fueron 10 UCIN al azar de nivel II.</p>	<p>En el ensayo, se ha obtenido unos resultados positivos con respecto al uso del modelo FiCare en las UCIN de nivel II seleccionadas en Alberta. Algunos de estos fueron: la disminución de los días en el hospital y una diferencia significativa de menos reingresos o visitas a urgencias tras el alta.</p> <p>Si bien es cierto, no se obtuvieron grandes distinciones sobre la incidencia de ansiedad o depresión en las madres en cada grupo.</p> <p>Finalmente, al realizarse el ensayo en una población escasa existen ciertas limitaciones a la hora de generalizar los hallazgos obtenidos.</p>
---	-------------	---------------	--	---	--	--

6. Análisis/Discusión.

En base a los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica, los autores Ding L et al., Chen H et al., Liang X et al., y O' Brien KK et al., afirman y demuestran que la implantación del método FiCare en las UCIN disminuye las complicaciones del RNP. Esto es debido a los diversos efectos positivos en el RNP que involucran simultáneamente al centro sanitario y la familia. Como por ejemplo: una disminución importante de infecciones nosocomiales en las UCIN y una menor tasa de reingresos por parte de los RNP en el servicio de urgencias tras recibir el alta domiciliaria.²³⁻²⁴

Al mismo tiempo, la creadora del FiCare Karen O' Brien con este nuevo sistema de cuidado, confirma la mejora asistencial por parte de los profesionales sanitarios y la reducción del estrés ambiental de las UCIN.¹⁸

Por lo que respondiendo así nuestro primer objetivo específico, según recalcan Ding L et al., Chen H et al., Liang X et al., y O' Brien KK et al., gracias a la implantación de este modelo hay un aumento de la lactancia materna tras el alta y con ello, surge una considerable diferencia positiva con respecto al peso del RNP que ha recibido estos nuevos cuidados .

Siguiendo así con los beneficios del FiCare en las UCIN, hay autores como Kubicka Z et al., Chen H et al., y Benzies KM et al., que verifican la existencia de un rendimiento positivo a nivel económico del sistema sanitario, ya que las UCIN que ofrecen éste nuevo método, demuestran obtener un menor coste de la unidad debido al alta precoz y una disminución de infecciones nosocomiales en los RNP, las cuales generan un mayor uso de material sanitario y cuidados.

No obstante, existen ensayos dónde Frank LS et al., no han observado resultados tan favorables con respecto al grupo de control (cuidados estándar) y el grupo de intervención (método FiCare). En dicho ensayo, no se consiguió obtener una diferencia significativa en el peso del RNP y no se halló una distinción en cuanto al aumento de la lactancia tras el alta, realizando así una comparación continua entre ambos grupos.²³ También, en ese mismo artículo, solamente se ha contemplado la diferencia de peso durante el primer mes de vida, es posible que esto haya sucedido debido a que los investigadores no exigieron a las familias un mínimo de horas presente en la unidad y la muestra a estudio es de características muy variables entre ellos.²³ Por otro lado, los autores Chen H et al., y Liang X et al., han confirmado en sus artículos un aumento favorecedor del crecimiento físico

general y de la circunferencia craneal del prematuro después de utilizar los cuidados que defiende el modelo FiCare.

Ahora bien, observar una disminución del estrés y con ello, un aumento de la confianza y del vínculo de las familias, es nuestro segundo objetivo específico de la revisión. Los autores Kubicka Z et al., afirman que gracias al FiCare en las UCIN, se han disminuido los niveles de estrés de la familia y un aumento de confianza en sí mismas, ya que este proporciona un marco para integrarlas como miembros asistenciales y principales cuidadores del bebé.

Otro punto a destacar, es el miedo e incertidumbre a lo desconocido de las familias, haciendo énfasis en las primerizas.²²⁻²⁶ Tras la implantación del método FiCare, se ha obtenido una sucesión de beneficios al convertir a las familias como cuidadores principales del prematuro, han derivado a una mayor salud mental en ellas y un aumento del vínculo familia-prematuro por el contacto piel con piel temprano.¹⁸

A su vez, esto se ha conseguido gracias a una enseñanza individualizada en la cama por parte de los profesionales de enfermería hacia ellos y además, se incorporó una aplicación móvil la cual fue diseñada por los mismos profesionales de la UCIN y es utilizada para aprender sobre diversos cuidados y para las familias que necesiten seguir el estado de salud del prematuro desde sus domicilios ya que por ejemplo, pueden acceder a rondas médicas de forma virtual.²² Sin embargo, en dicho artículo se afirma que no existe una diferencia significativa a la hora de salir más preparadas las familias con el método FiCare que con los cuidados estándar. Por otro lado, las enfermeras de la unidad han confirmado que el grupo FiCare les ha generado una mayor confianza y tranquilidad para poder realizar los cuidados de manera autónoma al irse de alta al domicilio, en comparación con el grupo de control.²²

Por lo tanto, se demuestra que el método FiCare aborda a grandes escalas, una serie de efectos positivos a nivel psicológico, ambiental, económico y sobre todo, aporta al RNP el bienestar emocional de poder tener la presencia de su familia y así iniciar el vínculo precozmente. Con esta revisión, se pone en manifiesto que las enfermeras adquieren una función esencial en la unidad, gracias a su labor formando a los cuidadores acerca de los cuidados básicos del prematuro y también, son responsables de crear el ambiente óptimo y favorecedor, dirigido al desarrollo adecuado del RNP.

7. Conclusión.

Después de realizar la revisión bibliográfica sobre el modelo FiCare en las UCIN, se confirma que la función de enfermería adquiere en cierta manera un rol educativo hacia las familias de los RNP con el fin de proporcionarles los conocimientos básicos y necesarios para que pasen a ser los cuidadores principales. Además, estos profesionales han afirmado tener un aumento de las habilidades sociales con las familias y por ello, se demuestra tener una mejor relación terapéutica entre el profesional sanitario y la familia. Por otra parte, se ha evidenciado una mejoría en la salud mental de la familia de los RNP, gracias a que con el FiCare el entorno de las UCIN están reacondicionadas con el fin de generar un ambiente favorable para los prematuros y progenitores. A su vez, esto facilita la creación y el fortalecimiento del vínculo entre ellos. Cabe mencionar, que la implantación de este nuevo método, garantiza una serie de beneficios hospitalarios para los RNP en sí. También, se evidencia una disminución de costos de material sanitario debido a que el FiCare, reduce la estancia hospitalaria en las UCIN, un alta a domicilio precoz y una menor tasa de reingresos a los servicios de urgencias.

Si bien es cierto, existen ciertas limitaciones con respecto a la implantación del método FiCare en la UCIN. Como pueden ser, las leyes parentales establecidas en los distintos países, las cuales no son óptimas para poder instaurar este nuevo modelo de cuidado, debido a que incapacitan la presencia de las familias en la UCIN y por lo tanto, no pueden realizar los cuidados al prematuro ni ejercer el rol de cuidador principal.²² Además, existe una carencia de conocimiento ya que no hay suficientes estudios relacionados con este método y con ello, falta una mayor implantación de éste en los diferentes hospitales, al igual que una formación adecuada de sus profesionales sanitarios.

Para finalizar en base a líneas futuras de la enfermería, nos gustaría volver a enfatizar acerca de la importancia de investigar próximamente sobre los cuidados iniciales que se le ofrecen a los RNP en las UCIN y las ventajas que tiene involucrar a las familias en dichos cuidados. De esta manera se consigue uno de nuestros objetivos tanto personales como profesionales, fomentar la humanización y crear un ambiente óptimo de trabajo. Con el fin, de poder ofrecer un cuidado de calidad, el cual tenga como origen la enseñanza de los cuidados y la creación de una relación terapéutica basada en el respeto y confianza mutua, para poder proporcionar una asistencia individualizada a los bebés y sus familias en función de sus necesidades y entorno personal.

8. Bibliografía.

1. Stanford Medicine Children 's Health. [Internet]. Stanford; c2024. The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) [citado 15 de febrero 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-neonatal-intensive-care-unit-nicu-90-P05498>
2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet [Internet]. 2023 [citado 15 febrero 2024]; 402(10409): 1261–71. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4
3. Chamarro Santiago F. Beneficios del modelo de cuidados Family Integrated Care en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.[Internet] [Trabajo de fin de grado].España: Universidad Autónoma de Madrid;2021.58 p. [citado 15 de febrero 2024]. Disponible de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698144/chamarro_santiago_fatim_atfg.pdf?sequence=1
4. Reyes-Hernández J, López-Navarrete KL, Reyes-Hernández GE. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. RevSalJal [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero 2024]; 7 (3): 179-186. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
5. Ansari NS, Franck LS, Tomlinson C, Colucci A, O'Brien K. A Pilot Study of Family-Integrated Care (FICare) in Critically Ill Preterm and Term Infants in the NICU: FICare Plus. Children [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero 2024]; 10(8): 1337. DOI: 10.3390/children10081337
6. Martín Peinador Y. Seguimiento del prematuro tardío en Atención Primaria. [Internet] En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 375-386. [citado 15 de febrero 2024]. Disponible de: https://www.aepap.org/sites/default/files/pag_375_386_prematuro_tardio.pdf
7. Lattari Balest A. Recién nacidos prematuros.[Internet]. Manual MSD versión para público general; c2024. Disponible de: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-recien-nacido/recien-nacidos-prematuros>
8. Organización Naciones Unidas [Internet]. ONU; c2023. 152 millones de bebés nacieron prematuros en la última década. [citado 14 febrero 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://news.un.org/es/story/2023/05/1520847>
9. Ministerio de Sanidad. [Internet]. Madrid; c2023. Patrones de mortalidad en España, 2020. [citado 15 de febrero 2024]. Disponible de: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/informacionAnual.htm>

10. Instituto Nacional del cáncer [Internet]. EEUU: NIH; c2024 Definición de morbilidad Diccionario de cáncer del NCI. [citado 14 febrero 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/morbilidad>
11. Sánchez Tamayo T, García Muñoz F, Zozaya C, Figueras Aloy J, Sarmiento D, Maldonado F, et al. Informe global Análisis Morbilidad y Mortalidad 2021; Sociedad Española de Neonatología [Internet]. Sociedad Española de Neonatología; Madrid: SENE0; c2021. [citado 14 de febrero 2024]. Disponible de: <https://www.seneo.es/index.php/comisiones/comisiones/redes-neonatales/sen1500/sen1500-morbimortalidad/100-comisiones/redes-neonatales/599-informes-anuales-de-morbi-mortalidad>
12. Alexander Cuastumal Inguilan R, Alexandra Bosquez Garcia N, Anabel Guerrero Martinez E, Jaraiseh Abcarius M. Neonatología moderna en cuidados intensivos. RECIMUNDO [Internet]. 2022 [citado 14 de febrero 2024]; 6 (2):494–500. DOI: 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.494-500
13. Alarcón Muñiz LM, Enriquez Chacón JR, Acosta Castañeda G. Enfermería de Práctica Avanzada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales mediante el modelo de Enfermera de Cabecera. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero 2024]; 28:65–70. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2020/eim201h.pdf>
14. Córdoba Rojas DN. Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero 2024]; 19(3): 1-12. DOI: 10.18270/rce.v19i3.3092
15. Cañadell Yetano E. Efectivitat d'una intervenció formativa per a professionals en cures centrades en el desenvolupament.[tesis doctoral en Internet]. España: Universitat Autònoma de Barcelona, 2021 [citado 15 de febrero 2024]; Disponible de: <http://hdl.handle.net/10803/672032>
16. Lisseth Barra C, Alejandra Martí P, Coó S. Developmental care of premature newborns: Fundamentals and main characteristics. Andes Pediatr [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero 2024]; 92:131–137. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i1.2695
17. Grunberg VA, Geller PA, Hoffman C, Patterson CA. A biopsychosocial model of NICU family adjustment and child development. J Perinatol [Internet]. 2023. [citado 15 de febrero 2024]; 43(4):510-517. DOI: 10.1038/s41372-022-01585-1
18. Ding L, Chen Y, Zhang W, Song J, Yao X, Wan Y, et al. Effect of family integrated care on breastfeeding of preterm infants: A scoping review. Nurs Open [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero 2024]; 10(9):5950–5960. DOI: 10.1002/nop2.1888
19. Gómez Cantarino S, García Valdivieso I, Moncunill Martínez E, Yáñez Araque B, Gurrutxaga MIU. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal

- Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero 2024]; 17(19):1–22. DOI: 10.3390/ijerph17197197
20. Arnaiz Barcina A. Vivencias de los padres frente a la hospitalización de sus hijos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: un estudio a través del programa FiCare. [trabajo de fin de máster en Internet]. España: Universidad Pontificia Comillas, 2020 [citado 14 de febrero 2024]. 56 p. Disponible de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/54812/TFM001458.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2023. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2023 [actualizado 2023 Dic 04; citado 15 de febrero 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
 22. Kubicka Z, Fiascone J, Williams D, Zahr E, Ditzel A, Perry D, et al. Implementing modified family integrated care in a U.S. neonatal intensive care unit: nursing perspectives and effects on parents. *Journal of Perinatology* [Internet]. 2023 [citado 16 de febrero 2024]; 43:503–509. Disponible de: <https://www.nature.com/articles/s41372-023-01601-y.pdf>
 23. Franck LS, Gay CL, Hoffmann TJ, Kriz RM, Bisgaard R, Cormier DM, et al. Neonatal outcomes from a quasi-experimental clinical trial of Family Integrated Care versus Family-Centered Care for preterm infants in U.S. NICUs. *BMC Pediatr* [Internet]. 2022 [citado 16 de febrero 2024]; 22:674. DOI: 10.1186/s12887-022-03732-1
 24. Chen H, Dong L. The effect of family integrated care on the prognosis of premature infants. *BMC Pediatr* [Internet]. 2022 [citado 16 de febrero 2024]; 22: 668. DOI: 10.1186/s12887-022-03733-0
 25. Liang X, Miao A, Zhang W, Li M, Xing Y. Effect of family integrated care on physical growth and language development of premature infants: a retrospective study. *Transl Pediatr* [Internet]. 2022 [citado 16 de febrero 2024]; 11(6):965–77. DOI: 10.21037/tp-22-210
 26. Shafey A, Benzies K, Amin R, Stelfox HT, Shah V. Fathers' Experiences in Alberta Family Integrated Care: A Qualitative Study. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* [Internet]. 2022 [citado 16 de febrero 2024]; 36(4):371–379. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000684
 27. O'Brien KK. Family Integrated Care reduces NICU length of stay and improves medical outcomes across China. *J Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 16 de febrero 2024]; 228:36-43. DOI: 10.1016/j.jpeds.2021.02.055
 28. Benzies KM, Aziz K, Shah V, Faris P, Isaranuwachai W, Scotland J, et al. Effectiveness of Alberta Family Integrated Care on infant length of stay in level II neonatal intensive care units: a cluster randomized controlled trial. *BMC Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero 2024]; 20: 535. DOI: 10.1186/s12887-020-02438-6