

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

<https://doi.org/10.35381/s.v.v9i17.4425>

Unidad de cuidados intensivos pediátrica de puertas abiertas según el modelo de Mary Manthey

Open-door pediatric intensive care unit according to the Mary Manthey model

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli

marlenita736@gmail.com

Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0006-4738-623X>

Lourdes Ángela Sinchi-Agudo

luli_1115@hotmail.es

Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0008-8971-3969>

Yeisy Cristina Guarate-Coronado

ycguarate@gmail.com

Universidad Iberoamericana del Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-0453-2982>

Recepción: 10 de septiembre 2024

Revisado: 15 de octubre 2024

Aprobación: 18 de diciembre 2024

Publicado: 01 de enero 2025

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

RESUMEN

Objetivo: Proponer un modelo de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de puertas abiertas, para un cuidado humano centrado en la familia. **Método:** Revisión sistemática de bases de datos como Pubmed y Scielo; a partir de términos Mesh y operadores booleanos. Se elaboró el flujograma PRISMA, extrayéndose información relevante para la elaboración de la propuesta del estudio. **Resultados:** La UCIP de puertas abiertas debería permitir la presencia de los padres, con una vigilancia extrema de la higiene y manejo de conflictos, además incluir áreas comunes y descanso que permitan un cuidado personalizado, confortable y de calidad. La familia y el personal de enfermería tienen un rol preponderante en su funcionamiento. **Conclusiones:** El modelo de puertas abiertas garantiza un cuidado humano, personalizado, centrado en el paciente y su familia.

Descriptores: Cuidado humano; cuidados intensivos pediátricos; enfermería; pediatría. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To propose an open-door Pediatric Intensive Care Unit (PICU) model for more humane, family-centered care. **Methods:** A systematic review was conducted; the sources of information were database publications such as Pubmed and SciELO; based on Mesh terms and Boolean operators. Following a PRISMA methodology, relevant information was extracted for the development of a proposal for an open-door PICU. **Results:** The open-door ICU is characterized by allowing the presence of parents, with extreme vigilance over hygiene and conflict management. The structure of an open-door PICU includes common areas, rest areas, which allow for personalized, comfortable and quality care. Both the family and the nursing staff have a preponderant role in its operation. **Conclusions:** The open-door PICU model guarantees humane, personalized care, centered on the patient and his family.

Descriptors: Humane care; pediatric intensive care; nursing; pediatrics. (Source: DeCS).

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

INTRODUCCIÓN

La hospitalización pediátrica se asocia con la presencia de los padres durante las 24 horas. Sin embargo, en el contexto de los cuidados intensivos, esto no siempre es posible, debido a la alta complejidad de la atención y a las limitadas horas de visita familiar que aún persisten en algunas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). En este ámbito, los Cuidados Centrados en la Familia implican la participación de los padres en la atención y la gestión de dicha participación, lo que contribuye tanto a su formación como al fortalecimiento del vínculo madre-hijo; además de ofrecer una atención más humana y personalizada, que constituye la esencia de la enfermería como profesión ¹.

La UCIP debe proporcionar la atención definitiva para trastornos médicos, quirúrgicos y traumáticos variables, complejos y de rápida progresión en la población pediátrica. Debe estar ubicado en los principales centros médicos o dentro de los hospitales infantiles. Idealmente, la UCIP debería brindar atención a la población de pacientes más críticamente enfermos. Su estructura suele variar en tamaño, personal, distribución física y tipos de equipos, además de la diferencia en los tipos de atención especializada disponibles, como trasplantes o cirugía cardíaca. Otra diferencia notable, es el modelo de funcionamiento; que puede ser el tradicional, cerrado o un modelo de puertas abiertas; cada vez más en tendencia ². El modelo de UCIP de puertas abiertas se caracteriza por permitir el acompañamiento permanente por parte de los padres o cuidadores al paciente pediátrico crítico; de forma que esté presente en todo momento, aun cuando se realicen procedimientos invasivos, o cuando el estado del paciente se deteriore ³. La razón de ser de este modelo de atención es proporcionar un cuidado más humanizado, atendiendo también a las necesidades emocionales de los pacientes y sus padres; en el que la enfermera tiene un rol no solamente como cuidadora, sino también de educadora y fuente de acompañamiento.

Este modelo de cuidados intensivos se caracteriza además por no poner restricciones al acceso, permitiendo que los familiares puedan visitar al paciente en cualquier momento,

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

lo que promueve un apoyo emocional continuo. También, alienta a participar en el cuidado del niño, lo que incluye brindarle consuelo e interpretar sus necesidades y, fomenta una mejor comunicación entre los proveedores de atención médica y las familias, lo cual es esencial para una atención centrada en el paciente ⁴. Con esto, se busca reducir la ansiedad tanto de los pacientes como de las familias y mejorar la satisfacción general con la experiencia de atención médica.

Una encuesta de 2021 sobre las UCIP en América Latina encontró que, el 63% permitía visitas de los padres sin restricciones durante las 24 horas, pero el 4,4% permitía visitas de hermanos durante la misma duración. Esto sugiere que, si bien se han logrado avances, muchas UCIP de la región aún mantienen horarios de visita restrictivos ⁵. Se estima que los ingresos en UCIP representan el 11,7% de todas las admisiones pediátricas; el 29,3% tiene patologías crónicas y, el 66,8% ingresa por afecciones respiratorias ⁶. Por otra parte, el Modelo de enfermería "*Primary Nursing*" de Mary Manthey, se sustenta en la relación entre el enfermero y el paciente y, tiene como principal propósito garantizar un cuidado continuo, personalizado, mediante la designación de un enfermero que tiene la responsabilidad de gestionar el cuidado a un número pequeño de pacientes. Esto se sustenta en aspectos teóricos que sugieren que, un cuidado de enfermería con calidad, precisa de una relación personalizada y constante entre el enfermero y el paciente. Este modelo de cuidado está centrado en el paciente, y promueve una atención de enfermería más humanizada, personalizada, atendiendo a las necesidades individuales en cada paciente o familia. La vinculación con un modelo de UCIP de puertas abiertas es importante porque, se espera que contribuya a mejorar la recuperación de los pacientes y, a incrementar el grado de satisfacción de la familia ⁷.

En este orden de ideas, para que la familia pueda involucrarse en estos cuidados, es esencial fomentar su empoderamiento mediante una relación terapéutica efectiva con el equipo de salud. El papel de los enfermeros, debido a su presencia continua en la UCIN, evoluciona de ser únicamente proveedores de atención a educadores en salud y

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

acompañantes en el proceso de formación de los cuidadores principales⁸. Otro elemento clave es establecer una relación terapéutica de confianza, donde los padres se sientan seguros y confiados para brindar cuidados básicos de calidad al neonato. El rol del cuidador principal en esta unidad facilitará la transición del hospital al hogar tras el alta⁹. Así, el desarrollo de esta investigación se justifica porque, una UCIP no solo es un espacio de atención médica, sino también un lugar donde el enfoque debe estar centrado en el bienestar integral del paciente, incluyendo su confort emocional y el apoyo a la familia. La interacción y la participación familiar, especialmente en un modelo de UCI de puertas abiertas, pueden jugar un papel crucial en la recuperación del paciente, ya que proporcionan un entorno más humano y menos aterrador para los niños en situaciones críticas. La relevancia social de una UCIP de puertas abiertas radica en que, promueve una atención más humanizada, brindando apoyo psicoemocional al paciente; mediante la participación de sus padres o cuidadores durante su estancia en la UCI. Lo anterior daría respuesta a la interrogante. ¿Cuál sería el modelo de unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas para la recuperación del paciente pediátrico? El objetivo general de este trabajo es proponer un modelo de Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica de puertas abiertas, según el modelo de Mary Manthey.

METÓDO

Se realizó una investigación de revisión sistemática, la cual consiste en una síntesis formal y análisis crítico sobre la literatura académica existente sobre un tema determinado. Se realiza y presenta siguiendo un orden, que permite responder a una o varias preguntas clínicas previamente realizadas¹⁰.

La información se tomó de bases de datos especializadas como Pubmed y Scielo, con el apoyo del buscador Google Académico. Se realizó una búsqueda basada en términos Mesh y operadores booleanos:

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

- "Intensive Care Units, Pediatric" AND ("Intensive Care Units, Pediatric/organization and administration" OR "Intensive Care Units, Pediatric/standards")
- "Intensive Care Units/organization" AND administration AND "Pediatric Nurse Practitioners".
- "Intensive Care Units/organization and administration" AND "Pediatric Nurse Practitioners" AND "Intensive Care Units, Pediatric/organization" AND administration.
- En español, se utilizaron las siguientes palabras clave: "Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas" "pacientes pediátricos" "Unidad de cuidados intensivos pediátricos" "Atención dirigida al paciente" "Puertas abiertas".

El objeto de estudio fueron todas las publicaciones científicas sobre UCIP de puertas abiertas, encontradas en la búsqueda. La población de estudio se conformó por los 6581 artículos identificados en las bases de datos consultadas. En la muestra, se incluyeron los 16 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Se incluyeron publicaciones científicas desde 2019 hasta 2024; con diseño de guía, protocolo de actuación, documento de consenso, o experimental; que describen el funcionamiento de una UCIP de puertas abiertas, en países desarrollados o en vías de desarrollo; desde la perspectiva del personal de enfermería. Artículos en inglés y español encontrados en las bases de datos de búsqueda.

Criterios de exclusión: Se excluyeron publicaciones con bajo rigor metodológicos sobre todo en Google Académico en donde se encontraron actas de conferencia, cartas al editor, tesis de grado. Por su parte, en Pubmed y Scielo se excluyeron aquellos que no aportaron información relevante para la elaboración de la propuesta de UCIP de puertas abiertas en pacientes pediátricos, también se excluyeron aquellos artículos que no tenían acceso abierto.

Se desarrolló en primer lugar una revisión de la literatura especializada sobre el tema y, a partir de la cual, se obtuvieron los estándares actuales de organización funcionamiento

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

de una UCIP de puertas abiertas; la búsqueda de información se centró en tres aspectos fundamentales: la estructura de una UCIP de puertas abiertas; la participación de la familia, su importancia en el funcionamiento de una UCIP de puertas abiertas y, las consideraciones de los profesionales sobre una UCIP de puertas abiertas. Después de analizar y extraer la información de la literatura especializada, se elaboró la propuesta, contextualizada a la realidad del Ecuador. En esta propuesta se establecerán recomendaciones para el funcionamiento de una UCIP de puertas abiertas en tres dimensiones: la gerencia, la familia y la organización estructural.

Siguiendo la estrategia de búsqueda descrita se identificaron 6581 artículos elegibles, de los cuales, se eliminaron 1078 por no ser de acceso libre, 75 duplicados, 2117 por su diseño, 286 por no ser relevantes para el tema de estudio, 3002 por tratarse de UCI para adultos y 7 tesis de grado. Al finalizar, quedaron 16 artículos, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, por lo que fueron incluidos en la revisión. En la figura 1 se muestra el Diagrama PRISMA de selección de los artículos.

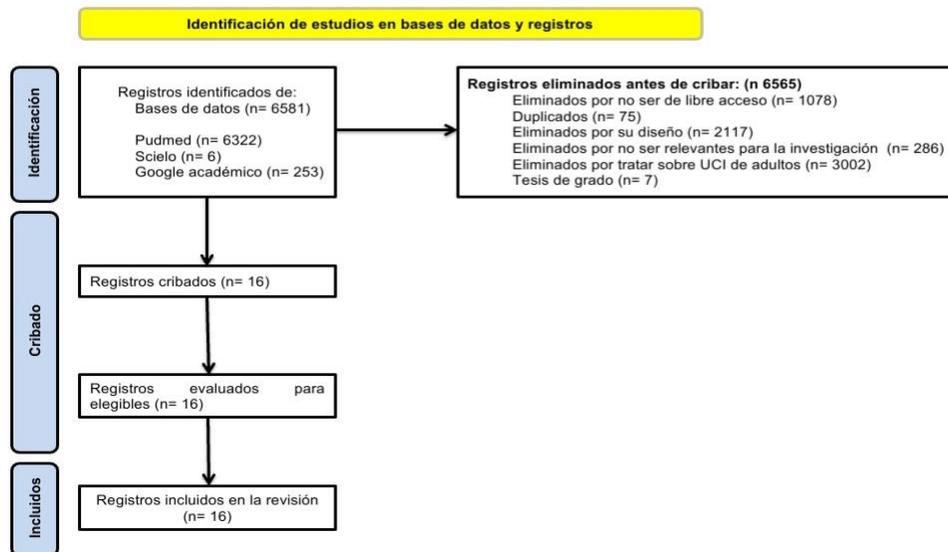


Figura 1. Matriz PRISMA de selección de artículos.
Elaboración: Los autores.

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

RESULTADOS

Los 16 artículos seleccionados fueron publicados en los últimos 5 años. El diseño fue de revisión sistemática ^{11 12 13}, revisiones de alcance ¹⁴; guía de actuación ¹⁵, estudios descriptivos ^{16 17}, prospectivo ¹⁸, pre-perimental ¹⁹, mixto ²⁰, cualitativo ²¹, un ensayo clínico ²² y un estudio experimental ²³.

Características de una UCIP de puertas abiertas

La literatura consultada indica que La UCIP de puertas abiertas se caracteriza por la presencia de los padres o familiares en todo momento, y su participación en los cuidados del paciente, así como en la toma de decisiones. Su funcionamiento, desde la perspectiva de la teorizante Mary Manthey, debe estar pensado en facilitar el cuidado continuo, individualizado por parte del enfermero, que debe ser capaz de desarrollar una relación enfermero paciente optima, que le permita ofrecer un cuidado acorde a sus necesidades y de alta calidad; tanto para los pacientes como para sus padres o cuidadores.

Para apoyar el desarrollo de una relación colaborativa entre los padres y los profesionales de la salud, las UCIP deben ofrecer un entorno acogedor, informativo y orientador para los padres, con acceso sin restricciones a sus hijos, una actitud positiva del personal y procedimientos de entrada sencillos. Es necesario la garantía de sillas cómodas, espacios adecuados para las camas y privacidad que faciliten visitas prolongadas y ayuden a mantener el compromiso en los roles parentales ²⁴.

La provisión de recursos para el autocuidado de los padres, incluyendo instalaciones para ducharse, lavandería, descansos y la provisión de alimentos y bebidas, también ayuda a fomentar relaciones positivas. El estímulo para personalizar el espacio de la cama del niño con objetos traídos de casa mejora la sensación de comodidad y propiedad del entorno, y aumenta el sentido de pertenencia de los padres ¹⁷.

Una UCIP de puertas abiertas debe tener un área con condiciones para el familiar, esto implica la creación de espacios de cuidado parental, en la que los padres puedan reunirse

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

con los enfermeros o trabajadores sociales en una, y ser guiados a salas de entrevistas cerradas controladas por el hospital para reunirse con ellos o con los profesionales sanitarios, sin acceso a vistas externas ni a luz natural. Además, se debe propiciar un área en la que los padres puedan cumplir sus necesidades de higiene, alimentación, descanso y autocuidado.

En el contexto de los cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas, se considera de alta prioridad el vínculo materno infantil, la mitigación del ruido, la mejora de la satisfacción y la moral del personal, las zonas familiares, la privacidad, el espacio adecuado para las actividades rutinarias tanto del personal como de las familias, y las comunicaciones entre el personal y la familia. Además, las intervenciones de diseño terapéutico en UCIP proporcionan distracciones positivas para los pacientes y sus cuidadores directos; esto sugiere la presencia de obras de arte, iluminación natural y artificial, vistas al entorno exterior y al paisaje, acceso a jardines, minimización del ruido en la unidad, música ambiental y paisajes sonoros, paletas de colores terapéuticas, maximización del sentido de control personal y privacidad, provisión de apoyo social, salud. También, la calidad del aire, la limpieza y el mantenimiento contribuyen colectivamente a una experiencia de hospitalización positiva ¹³.

Además, se recomiendan zonas múltiples discretas pero estratificadas, que constan de zonas de habitación del paciente, apoyo familiar, apoyo para toda la unidad y zonas de apoyo clínico ¹³. Otro aspecto importante, de igual manera describen el uso de dispensadores automáticos de alcohol, situado en el lobby y a la entrada de cada una de las habitaciones en una UCIP, como medida efectiva para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos ¹⁸. Desde la perspectiva del entorno social de la unidad de cuidados intensivos influye en la calidad de la relación entre padres y proveedores de atención médica ²⁴. Cuando existe un ambiente abierto y acogedor, los padres se sienten respetados como iguales e incluidos como miembros del equipo de atención de sus hijos. Por el contrario, los entornos que restringen la presencia de los padres o carecen de

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

recursos para su autocuidado pueden hacer que los padres se sientan como observadores, excluidos del cuidado de sus hijos. El entorno de la unidad de cuidados intensivos pediátricos da la bienvenida e incluye a los padres de niños moribundos en el equipo de atención, o los degrada al estado de “vigilantes”. Dichos entornos influyen significativamente en las relaciones de los padres con el personal sanitario, su capacidad para participar en elementos de su rol parental y sus experiencias en general.

Participación de la familia en la unidad de cuidados intensivos pediátrica de puertas abiertas

La participación de los padres o de la familia durante la reanimación y los procedimientos invasivos es una cuestión más crítica en la vida del niño. Por lo tanto, también es fundamental para la familia y para el personal médico, ya que ellos también participan en estos momentos, horas, días o meses críticos en la vida del niño; ya que se considera a la familia como la principal fuente de fortaleza y que las familias deben ser consideradas socios iguales y plenos en la prestación de atención médica del paciente pediátrico; por lo que, respetar a cada niño, honrar, apoyar, colaborar y empoderarlo, junto a su familia es esencial para la pediatría ²⁵.

En este sentido, la inclusión de la familia en la reanimación y los procedimientos invasivos requiere apertura como modelo de trabajo y exige cambios organizativos y la actualización de las directrices. La inseparabilidad entre padre e hijo es una teoría del apego practicada, una cualidad innata de ser un niño y un padre. Es por lo que se recomienda tener un facilitador presente durante la reanimación y los procedimientos invasivos para aliviar el estrés de todos, lo que permite la participación de la familia ²⁵.

Desde la perspectiva de la participación familiar se ha identificado como el predictor más significativo de movilidad temprana en pacientes pediátricos, independientemente de los dispositivos invasivos o el estado funcional subyacente. La presencia y participación de los padres en el cuidado de un niño gravemente enfermo reduce la ansiedad y mejora la

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

calidad global de la atención recibida ¹⁴. Sin embargo, es fundamental que los profesionales sanitarios identifiquen los sistemas de apoyo familiar y promuevan un intercambio de información continuo, honesto y de alta calidad dentro de un entorno que incentive y respete a los cuidadores en la toma de decisiones diarias ¹⁴.

Por otra parte, se argumenta que la separación de niños de sus padres se ha establecido como la fuente de una carga psicológica significativa para el niño y los miembros de su familia ²⁶. Los padres son los cuidadores naturales de un niño, su presencia disminuye la ansiedad del niño, la agitación y los eventos incidentales como la eliminación de máscaras de oxígeno, tubos endotraqueales y/o cánulas intravenosas. La presencia tranquilizadora de un padre también enseña que el niño puede descansar, disminuyendo así la demanda metabólica y promoviendo la recuperación. Para un niño enfermo crítico, sedado y acoplado a la ventilación mecánica, la presencia de los padres ayuda a aliviar la ansiedad y el estrés de los padres ¹⁵.

En otro contexto, se evidenció la importancia del acompañamiento a la familia y, la asesoría al personal sanitario sobre la interacción con esta durante la estadía en UCIP, como una forma de fortalecer la atención centrada en el paciente y el apoyo emocional a la familia de los niños en estado crítico ²⁰. Por otra parte, dos revisiones sistemáticas se describe la efectividad de intervenciones con la familia, que fortalecen la relación con el equipo de trabajo y con sus hijos en estado crítico. Estas revisiones incluyen la educación, la promoción del contacto físico, incluido el contacto piel con piel, el método canguro o el masaje infantil; la mayor comunicación con los profesionales de la salud; incluir a los padres en las rondas médicas y ofrecer apoyo psicológico ^{11 26}.

En cuanto a la importancia de capacitar a la familia, se creó un manual de estudio para familiares, con dos niveles de intervención (básico y avanzado), dependiendo de las necesidades de cuidado infantil y de la decisión de los padres. Lo anterior se tradujo en un incremento del tiempo de permanencia dentro de la UCIP y la disposición a continuar recibiendo educación al respecto ²³. Por otra parte, en un ensayo clínico, se encontraron

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

que la política de flexibilización de las visitas de los padres no redujo la incidencia de delirium en pacientes pediátricos críticos ²².

Experiencia de los profesionales con relación a la UCIP de puertas abiertas

Se identificaron dos publicaciones que aportaron información sobre el rol del personal de enfermería. En ambas se defiende el papel de los profesionales de la salud en la humanización del cuidado y su efecto en el binomio neonato-familia²³. Sin embargo, se necesitan cambios conceptuales dentro de las unidades de cuidados intensivos neonatales. Para implementar la humanización en el cuidado diario, se debe incentivar la participación de la familia en estas. Para ello, es necesario modificar las políticas de salud hospitalarias para permitir cambios en la infraestructura que faciliten las puertas abiertas las 24 horas del día en servicios especiales ²⁶.

Mientras, se identificaron las principales necesidades de capacitación del personal de enfermería para su desempeño en una UCIP de puertas abiertas. Las principales actividades incluyen: la comunicación efectiva con la familia y el equipo de trabajo, el desarrollo de empatía, trabajo colaborativo y, la gestión de información. Además, el personal de enfermería debe contar con espacios apropiados para descansar, alimentarse, interactuar con la familia, y tienen derecho a ser tratados dignamente por los familiares y el personal de trabajo ²⁷.

Adicionalmente, un estudio evidenció que se requieren cambios organizacionales, gerenciales y operativos para la implementación de la atención centrada en la familia. Además se determinó que, según las experiencias de las enfermeras, la implementación de un enfoque centrado en la familia para prevenir el delirio en pacientes pediátricos requiere crear un entorno de apoyo para las familias, brindar apoyo psicosocial, alentar la participación familiar en la toma de decisiones y garantizar que todas las enfermeras tengan las habilidades necesarias ^{27 28}.

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

Propuesta de un modelo de UCIP de puertas abiertas según el modelo de la teorizante Mary Manthey

Tema: Propuesta de implementación de una UCIP con modalidad de puertas abiertas según el modelo de la teorizante Mary Manthey, promoviendo la participación familiar y el bienestar integral.

Objetivo general: Implementar una UCIP bajo el modelo de puertas abiertas, basada en el modelo de la teorizante Mary Manthey, que favorezca la participación de la familia en el cuidado del paciente pediátrico crítico; mediante una atención personalizada, de calidad, que propicie el bienestar emocional de los pacientes y sus familias, en un medio laboral adecuado para el personal sanitario.

Justificación de la propuesta

La implementación de una UCIP de puertas abiertas responde a la necesidad de humanizar la atención en contextos críticos, donde el bienestar emocional de los pacientes y sus familias es fundamental para la recuperación ²⁹. La presencia de familiares en la UCI mejora la experiencia del paciente, reduce el estrés y favorece la comunicación entre el equipo de salud y los cuidadores. Además, este enfoque promueve un entorno más colaborativo y menos aislante, lo que puede resultar en mejores resultados clínicos y una mayor satisfacción familiar ²⁵.

Adicionalmente, se acepta que la participación familiar en la UCIP contribuye significativamente a la mejora en los resultados clínicos del paciente pediátrico, así como a una mayor satisfacción de las familias y el personal de salud ³². Las unidades con acceso restringido han mostrado tener un impacto negativo en el bienestar emocional tanto de los pacientes como de sus familiares, generando estrés, ansiedad, y dificultades en el proceso de adaptación. Implementar un modelo de puertas abiertas permitirá una

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

mayor integración entre el equipo de salud y la familia, favoreciendo un enfoque de cuidados humanizados ²⁶.

Es por lo que, en el contexto de una UCIP, la presencia continua de los familiares no solo mejora la comunicación entre el equipo médico y la familia, sino que también ayuda a crear un ambiente más acogedor y menos intimidante para el niño, lo cual es crucial para su recuperación ³⁴. Además, se fomentará un mayor apoyo emocional para las familias, que atraviesan momentos de gran tensión y vulnerabilidad ²⁷. Con esta propuesta se pretende contribuir a una atención al paciente pediátrico crítico más humanizada y personalizada, que resulte en un servicio de mayor calidad, con altos niveles de satisfacción por parte de la familia.

Aspectos organizativos y estructurales

En la tabla 1 se detallan los aspectos que conforman esta propuesta.

Tabla 1.

Aspectos organizativos y estructurales.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE PUERTAS ABIERTAS	
Área de pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Diseño en forma de herradura, ya que facilita el acceso y la visibilidad.• 10 habitaciones individuales distribuidas a lo largo del perímetro.• Las habitaciones tendrán una superficie de 5 metros cuadrados, con 2 puertas corredizas, para el acceso, la distancia entre la cama y la pared por cada lado serán de 2 metros, lavamanos quirúrgico, carro de paros, sistema de gases médicos, baño interior con ducha, agua caliente, lavamanos doméstico y vertedero.• Equipos de comunicación en cada habitación.• Zona de descanso familiar acondicionada dentro de la habitación.• Área común de descanso y apoyo emocional para los familiares, donde puedan recibir apoyo psicológico, descansar, y compartir experiencias con otros familiares.• Áreas de paso amplias e iluminadas, para el movimiento del personal y el equipo médico.• Zonas de amortiguación acústica: En los pasillos y habitaciones para reducir el ruido y crear un ambiente más tranquilo.

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

Equipo de trabajo	<p>Equipo multidisciplinario, conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal médico • Personal de enfermería y auxiliar. • Psicólogo clínico. • Personal de limpieza.
Área para el personal sanitario	<p>Estará conformada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estación de enfermería centralizada con visibilidad directa de las habitaciones para una supervisión continua. • Área de descanso para el personal, necesarias para manejar el estrés y la carga emocional del entorno de cuidados críticos.
Documentación para garantizar la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de vigilancia epidemiológica y control de infecciones asociadas a los cuidados de la salud, con estaciones de lavado de manos y acceso a desinfectantes en todos los puntos de entrada y salida de la UCIP. • Control de acceso con medidas de seguridad que permitan a las familias entrar y salir sin comprometer la seguridad de los pacientes.
Participación Familiar	<p>La familia desempeña un rol central en la modalidad de puertas abiertas. Sus acciones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en las actividades de cuidado básico: se les capacitará para realizar tareas simples como la movilización, el confort y la higiene del niño, bajo la supervisión del personal de enfermería. • Participación en decisiones clínicas: la familia será parte activa de las discusiones sobre el tratamiento, con reuniones regulares con el equipo médico para conocer la evolución del paciente y expresar sus preocupaciones. • Presencia durante procedimientos médicos invasivos y la reanimación cardiopulmonar.
Acciones para Mejorar el Bienestar Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional: se establecerán programas de apoyo psicológico para los familiares, así como grupos de apoyo entre padres que atraviesen situaciones similares. • Programas de manejo de estrés: sesiones de meditación, yoga, o terapia psicológica para los familiares. • Flexibilidad de horarios: permitir que los familiares puedan estar con el niño las 24 horas del día, con facilidades para su comodidad, como áreas de descanso, cafeterías o duchas. • Educación continua: talleres y sesiones de información sobre los cuidados del paciente, para que los familiares se sientan más preparados y seguros al participar en el proceso de cuidado.
Rol del Personal de Enfermería en el Cuidado del	<p>El personal de enfermería tendrá una doble función:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado clínico experto del paciente: realizar las intervenciones especializadas propias de la UCI pediátrica, como la monitorización continua y la administración de tratamientos complejos.

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

Paciente y su Familia	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo emocional y educativo a la familia: proporcionar información accesible sobre el estado del paciente, guiar a los familiares en su rol dentro de la unidad, y ofrecer apoyo emocional en momentos críticos.• Control estricto de las medidas de higiene, asepsia y antisepsia, debido a que la presencia de personal externo a la UCIP incrementa el riesgo de infecciones cruzadas.• Manejo de conflictos, ya que la presencia de los padres en algunos procedimientos invasivos con el paciente pudiera generar ansiedad y provocar conflictos dentro de la UCIP.
Acciones para el bienestar del personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Capacitación continua: enfoque en habilidades de comunicación y manejo de estrés, para lidiar con las demandas emocionales y técnicas del entorno.• Apoyo psicológico: programas de atención psicológica y emocional para prevenir el agotamiento profesional y mejorar el bienestar laboral.

Elaboración: Los autores.

DISCUSIÓN

De forma general, la literatura consultada concuerda en que el modelo de puertas abiertas es esencial para garantizar un cuidado humano, personalizado, centrado no solamente en el paciente, sino también en la familia. Se evidencia la importancia de una organización estructural amplia, que agrega a la estructura común, las áreas para el descanso de la familia, para la interacción con el personal sanitario, y el descanso del personal de enfermería. Más importante, se constató que el concepto de una UCI de puertas abiertas se basa en facilitar y permitir la presencia de los padres dentro de la UCIP, involucrándolos en el cuidado de sus hijos ^{13 15 17 18 24}.

Adicionalmente, en esta revisión se evidenció la importancia de la familia dentro del cuidado al niño en estado crítico, como un mediador entre este y el entorno de la UCIP, que debe tener participación en el cuidado diario, la toma de decisiones y los procedimientos médicos invasivos. De igual manera, la literatura consultada enfatiza en la importancia de capacitar adecuadamente al enfermero, en aspectos como la comunicación efectiva, la atención personalizada, la empatía con los familiares y, la

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

gestión de información. Para esto, es preciso además que este tenga un espacio de trabajo digno, con espacios para alimentación y descanso dentro de la jornada laboral ¹¹
12 20 23 25 29.

Con estos resultados se contrata el hecho de que, históricamente, se consideró que la presencia de los padres, incluso en el corto tiempo de visitas, como un posible factor de riesgo para la salud del paciente pediátrico crítico. Un aspecto que dejaba a los padres fuera de la atención básica y técnica que se brindaba en las UCIP a sus hijos era que se consideraba a la familia como un estresor y no como parte receptora y dadora de cuidados. Actualmente, el niño y su familia son percibidos como una unidad indivisible, receptora de cuidados ya que el niño enfermo pertenece a una familia con sus propias reglas y normas ²⁴.

En este contexto, el rol de enfermería en el cuidado del paciente pediátrico crítico en las unidades de cuidados intensivos pediátricos ha evolucionado con el paso del tiempo. Este entorno tiene un impacto negativo en el bienestar emocional de los padres, y del paciente; por ello, es de vital importancia atenuar ofrecer un espacio de cuidado centrado en sus necesidades, personalizado y humano; que involucre a la familia como parte fundamental en el cuidado, incluso, que participe en la toma de decisiones y, esté presente incluso durante procedimientos invasivos o, durante la reanimación ²⁵.

CONCLUSIONES

El modelo de cuidados desde la teorizante de Mary Manthey aplicado a una UCI pediátrica de puertas abiertas es factible y es beneficioso, porque garantiza un cuidado humano, personalizado, centrado en el paciente y su familia. Permite la presencia de los padres de forma ininterrumpida, participando en el cuidado y acompañamiento de sus hijos, así como en la toma de decisiones y, durante la realización de procedimientos invasivos o la reanimación cardiopulmonar.

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

La familia juega un rol fundamental en el modelo de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas, ya que su presencia se ha asociado con mayor bienestar y mejor pronóstico en los pacientes pediátricos, además, incrementa el grado de satisfacción y la percepción de calidad de la atención.

El enfermero es muy importante en el funcionamiento de una UCIP de puertas abiertas; sin embargo, es preciso que sea constantemente capacitado para la interacción con los padres, la comunicación efectiva, el cuidado personalizado desde una perspectiva humana.

A partir de la literatura consultada, se propuso un modelo de UCIP de puertas abiertas basado en la teorizante Mary Manthey, que cuenta con 10 camas, con una estructura que permite un cuidado humano, personalizado, confortable y de calidad, que, a su vez, ofrezca tanto a familiares como al personal sanitario, zonas de descanso e intercambio de información.

Se recomienda basarse en el modelo de la teorizante Mary Manthey para la planificación e implementación de las UCI pediátrica de puertas abiertas, ya que se asocia con mejores niveles de satisfacción por parte de la familia, como resultado de un cuidado más humano y personalizado.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Gómez S, García I, Moncunill E, Yáñez B, Ugarte MI. 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*. 2020;17(19):7197. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>
2. Alomani H, Alanzi F, Alotaibi Y. System, Space, Staff, and Stuff framework in establishing a new pediatric critical care unit (PICU) (4S Framework). *J Pediatr Perinatol Child Health*. 2022;6(4):438-446. <https://doi.org/10.26502/jppch.74050129>
3. Gorordo L, Garduño J, Castañón J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. *Rev Hosp Juárez México*. 2020;87(2):3950. <https://doi.org/10.24875/RHJM.20000017>
4. García A, Heras G, Serrano A. Narrative review of pediatric critical care humanization: where we are? *Med Intensiva*. 2019;43(5):290-298. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.01.015>
5. González S, Mislej C, Vásquez P, Rotta A. Family presence and visitation practices in Latin American PICUs: an international survey. *J Pediatr Intensive Care*. 2020;10(4):276-281. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716831>
6. Killien E, Hartman M, Keller M, Watson R. 32: The epidemiology of pediatric intensive care admissions in the United States: 2001-2019. *Crit Care Med*. 2023;51(1). <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000906004.52033.37>
7. Manthey M. The practice of primary nursing. Theoretical framework and experience from the U.S. *Nsc Nursing*. 2019;4(1):1-5. <https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-30>
8. Hearn G, Clarkson G, Day M. The role of the NICU in father involvement, beliefs, and confidence: a follow-up qualitative study. *Adv Neonatal Care*. 2020;20(1):80. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000665>
9. Govindaswamy P, Laing S, Waters D, Walker K, Spence K, Badawi N. Fathers' needs in a surgical neonatal intensive care unit: assuring the other parent. *PLoS ONE*. 2020;15(5):232-238. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232190>
10. Livschitz J, Dream S. How to write a systematic review. *Am J Surg*. 2023;226(4):553-555. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.05.015>

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

11. Barnes S, Macdonald I, Rahmaty Z, De Goumoëns V, Grandjean C, Jaques C, et al. Effectiveness and family experiences of interventions promoting partnerships between families and pediatric and neonatal intensive care units: a mixed methods systematic review. *JBIE Synthesis*. 2024;22(7):1208-1261. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00034>
12. Gómez S, García I, Dios M, Yáñez B, Gallego B, Moncunill E. Nursing perspective of the humanized care of the neonate and family: a systematic review. *Children*. 2021;8(1):35. <https://doi.org/10.3390/children8010035>
13. Verderber S, Gray S, Suresh-Kumar S, Kercz D, Parshuram C. Intensive care unit built environments: a comprehensive literature review (2005–2020). *HERD Health Environ Res Design J*. 2021;14(4):368-415. <https://doi.org/10.1177/19375867211009273>
14. García J, Romero M, Benito L, Pilar M. Humanisation in paediatric intensive care units: a narrative review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;85(2):103725. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103725>
15. Tiwari L, Jayashree M, Jindal A, Khera D, Banerjee A, Bhatt GC, et al. Practical guideline for setting up a comprehensive pediatric care unit for critical care delivery at district hospitals and medical colleges under ECRP-II. *J Pediatr Crit Care*. 2023;10(2):63-71. https://doi.org/10.4103/jpcc.jpcc_12_23
16. Ramírez JA, Gómez OJ. Necesidades de enfermería para establecer relaciones interpersonales armónicas con la familia del paciente en UCI. *Boletín Semillero Investigación en Familia*. 2022;4(1):78-83. <https://doi.org/10.22579/27448592.839>
17. Wright N, Wilson LN, Tyurina A, Harnischfeger J, Johnstone S, Matthews J. ‘It takes a village’: the power of conceptual framing in the participatory redesign of family-centred care in a paediatric intensive care unit. In: Miller E, Winter A, Chari S, editors. *How Designers Are Transforming Healthcare*. Springer Nature; 2024;43-61. https://doi.org/10.1007/978-981-99-6811-4_3
18. Shapiro E, Mahlab-Guri K, Scheier E, Ciobotaro P, Guri A. Perform hand hygiene and the doors will open – the effectiveness of new system implementation on pediatric intensive care unit visitors’ handwashing compliance. *Epidemiol Infect*. 2022;150:e3. <https://doi.org/10.1017/S0950268821002582>

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

19. Buttler A, Copnell B, Hall H. The impact of the social and physical environments on parent–healthcare provider relationships when a child dies in PICU: findings from a grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;50(2):28-35. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.008>
20. Pereira N, MacDonald C, Drobot A, Bennett A, Ali A-B, Garros D. A peer and volunteer program for patients and their families in the pediatric intensive care unit: a pilot program evaluation. *Front Pediatr.* 2021;9:711083. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.711083>
21. Saarenpää T, Jansson M, Kerimaa H, Alanko R, Peltoniemi O, Tervonen M, et al. Nurses' experiences of the prerequisites for implementing family-centered care to prevent pediatric delirium. *Clin Nurse Spec.* 2024;38(5):221-228. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000842>
22. Goulart R, Falavigna M, Da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU Visits randomized clinical trial. *JAMA.* 2019;322(3):216. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>
23. Moreno B, Montes M, Antón M, Serrada M, Cabrera M, Pellicer A. Scaling up the family integrated care model in a level IIIC neonatal intensive care unit: a systematic approach to the methods and effort taken for implementation. *Front Pediatr.* 2021;9(2):682097. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.682097>
24. Mark K. Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(1):20-36. <https://doi.org/10.1111/scs.12829>
25. Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, De Salaberry J, Zadeh TK, Khoshkhou F. The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *J Pediatr Nurs.* 2020;50:e91-e98. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.013>
26. Ding X, Zhu L, Zhang R, Wang L, Wang TT, Latour JM. Effects of family-centered care interventions on preterm infants and parents in neonatal intensive care units: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Aust Crit Care.* 2019;32(1):63-75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.10.007>

Jeaneth Marlene Muñoz-Gualli; Lourdes Angela Sinchi-Agudo; Yeisy Cristina Guarate-Coronado

27. Suarez AYO, Chávez MLM, Pin DMR, Ocaña WAG, Alarcón R del PM. Rol de enfermería en la implementación de protocolos de resucitación y emergencias en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Reincisol. 2024;3(5):1799-1815. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(5\)1799-1815](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(5)1799-1815)

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)