



CAPÍTULO 8

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)



Autora:

Daniela Patricia González Calle¹

¹ Docente tutora de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues



[https://doi.
org/10.58995/
lb.redlic.18.159](https://doi.org/10.58995/lb.redlic.18.159)

8. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN).

8.1. Generalidades

La unidad de neonatología es un servicio conformado por diversas áreas, dependiendo de la condición del paciente, las secciones de admisión del paciente pueden ser de: cuidados básicos, cuidados intermedios y cuidados intensivos, complementan estas secciones la sala de atención inmediata u observación, donde se recibe al recién nacido (RN) y la sala de estancia del RN y su madre conocida como sala de puerperio (1).

La sala de atención inmediata al RN nacido no corresponde a hospitalización, constituye un espacio de transición en la que el neonato permanece máximo 4 horas; por consiguiente, si el paciente requiere ser valorado por más de ese tiempo, debe ser hospitalizado. El médico será el profesional responsable de la sección o área donde será hospitalizado el neonato (1).

La unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es un espacio destinado para dar atención aquellos pacientes críticos e inestables, donde se dispone tecnología de alta complejidad con atención especializada y permanente. La unidad de cuidados intermedios para el manejo de neonatos estables que no requieren monitorización invasiva, y la unidad de cuidados básicos para el cuidado de pacientes estables sin riesgo conocido, hospitalizados por tratamiento de patologías no complejas, como es el caso de los pacientes neonatos ingresados para tratamiento de fototerapia (1).



Figura 1. Unidad de neonatología. Unidad neonatal de cuidado intensivos (UNCI). Fuente: Stanford Medicine Children's Health, 2019. Disponible en: <https://shre.ink/aFvk>

8.2. Planificación del espacio físico.

La ubicación de la UCIN debe ser cerca de sala de partos, tener acceso rápido desde el servicio de urgencias, por ello es indispensable tener en cuenta los adelantos de ciencia y la tecnología (2).

8.2.1. Cálculo y Disposición de las camas.

La determinación del espacio físico se realizará conforme a las necesidades, considerando el área de influencia y el número de nacimientos. Generalmente, se recomienda entre 4 y 5 camas para cuidados básicos, de 5 a 7 para cuidados intermedios y de 1 a 2 camas para cuidados intensivos por cada 1000 nacidos vivos. El espacio o distancia entre las camas o incubadoras es de 0,92 metros para cuidados básicos, 1,52 metros para cuidados intermedios y entre 1,82-2 metros para cuidados intensivos, el espacio debe ser suficiente y adecuado de tal forma que se pueda brindar atención al neonato al menos de tres

lados. El espacio físico también incluye el contar con una sala de lactancia, así como del total del espacio físico considerado en la unidad, el 30% debe corresponder a pasillos (3).

8.2.2. Clasificación de las camas o espacios

Para realizar esta clasificación es necesario considerar la complejidad de la atención:

- **Atención a pacientes en cuidados intensivos:** destinado al cuidado de pacientes graves, complicados o inestables que necesitan cuidados especiales, complejos y continuos como: ventilación mecánica, CPAP nasal, traqueotomía, halo de oxígeno, medicamentos de riesgo como los vasopresores, monitorización invasiva y no invasiva de signos vitales, cuidado de catéteres centrales y periféricos tanto venosos como arteriales, drenajes postoperatorios, manejo de prematuros extremos, anomalías congénitas inestables y diálisis peritoneal.

Atención a neonatos en cuidados intermedios: se brinda cuidado a pacientes estables, pero que necesitan observación para monitorización de signos vitales, control de las apneas y bradicardia con fármacos, administración de oxígeno con cánula nasal, control de peso y tolerancia a la alimentación, preparación para el alta y educación a los padres.

- **Pre-alta:** pacientes que no presentan bradicardias y apneas con observación y monitorización mínima de signos vitales, que no necesitan oxigenoterapia, monitoreo de peso adecuado, alimentación por vía oral y a libre demanda, preparar al neonato y familia para el alta.
- **Cuidados en aislamiento:** atención a pacientes con infección sospechosa o confirmada que necesitan ser aislados.

La estructura de los pisos debe ser totalmente impermeable, por tanto, se recomienda piso de planchas de vinilo, esto en las áreas restringidas, en las áreas semirrestringidas de la misma forma deben ser de planchas de vinilo aplicadas con soldadura caliente esto en las salas de recepción, salas de espera, habitaciones para los padres, lavabos. En áreas no restringidas el piso debe ser de cerámica como es el caso de los baños, sala de recepción de material, vestuarios, entre otros espacios. En cuanto a las paredes, los colores recomendados son los pasteles relajantes, la pintura debe ser de alto rendimiento o láminas de melamina opacas lavables con dibujos que alegren y suavicen el ambiente. En áreas no restringidas las paredes pueden ser hasta la mitad con azulejos y el resto pared con pintura lavable que faciliten la limpieza y desinfección.

Las ventanas pueden ser de vidrio polarizado, no debe utilizarse cortinas de tela o persianas porque en ellas puede acumularse polvo y la limpieza se hace más difícil, se recomienda el uso de cortinas enrollables de poliéster con revestimiento de PVC y fibra de vidrio porque son lavables, no porosos para una mejor desinfección, no son tóxicos y oscurecen el ambiente cuando se necesita.

La UCI neonatal debe tener visores a diferentes niveles de manera que permitan a familiares y visitantes visualizar a los pacientes, las cortinas deben ser corredizas y lavables, para dar privacidad al momento de brindar los cuidados. Todos los armarios y estantes deben ser de material lavable y colores pasteles, los lavabos de acero inoxidable con una profundidad de aproximadamente 40 centímetros; para evitar la contaminación, los grifos deben ser largos, automáticos o de pedal, con agua caliente y fría. La iluminación, así como el número de tomas eléctricas de cada termocuna depende de la condición del paciente, generalmente las tomas deben ser de 110 V y tener entre 12 y 15 salidas por cada unidad del paciente crítico; las unidades que abarcan neonatos para cuidados intermedios y pre-alta deben tener entre 4 a 6 salidas por cuna; y las salas de aislamiento entre 12 y 15 salidas por cuna. Cuando se requiere el uso de equipo portátil de rayos X las salidas deben ser de 220 V. La iluminación

debe ser por lámparas fluorescentes e interruptores silenciosos que permitan regular la intensidad de la luz.

La temperatura ambiente dentro de la unidad de neonatología debe estar entre 25 y 27 grados centígrados, y humedad entre 40 a 50%. El aire acondicionado debe ser central con cambios de filtros periódicos. En UCIN cada unidad de paciente debe tener 4 salidas de oxígeno y entre 3 o 4 salidas de aire comprimido, 3 o 4 salidas de aspiración con manómetro regulador de presión y salida de oxígeno y aire comprimido conectado al blender.

El material y equipo necesario en las unidades de neonatología dependen de la complejidad de los cuidados y del número de cunas. Toda unidad de UCIN debe estar debidamente equipada, disponer de los insumos necesarios, medicamentos, indumentaria, entre otros.

Dentro de los recursos humanos, el personal de enfermería reviste vital importancia y estará integrado por: 1 enfermera, jefe, enfermera, jefa de guardia por turno, 1 por cada 10 cunas, técnico o auxiliar de enfermería distribuidas de la siguiente manera: en cuidados intensivos 1 por cada 2 cunas, cuidados intermedios 1 por cada 2 a 3 cunas, y neonatos en pre-alta 1 por cada 3 a 4 cunas. Es necesario un auxiliar de servicios generales por turno y un secretario/a o recepcionista por turno (4,5)

Referencias

1. Novoa J., Milad M., Vivanco G., Fabres J., Ramírez R. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. 2009. Rev. Chil. pediatr; 80(2): 168-187. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200010>
2. Unidades de Neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. 2014. Ministerio de Sanidad España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
3. García del Río M., Sánchez M., Domenech M., Izquierdo I., López MaC., Losada A., Perapoch J. Revisión de los estándares y recomendaciones para el diseño de una unidad de neonatología. 2007. Rev. Anales de pediatría, 67(6):594-602. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-revision-estandares-recomendaciones-el-diseno-articulo-13113024>
4. Tamez R., Pantoja M. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. 2008. Tercera edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.
5. Tamez R. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. 2015. Quinta edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina