



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19**

**Propuesta de protocolo para
disminuir la ansiedad de los padres
en Urgencias de Pediatría**

Alumna: Ana Beatriz Arribas Mozo

Tutora: Mar Valencia Pérez

Cotutora: M^a Ángeles Barba



RESUMEN:

Introducción y objetivo: En las últimas décadas la atención sanitaria ha evolucionado de un enfoque paternalista a otro centrado en el paciente. En pediatría se utiliza el “modelo de cuidados centrado en la familia”, porque se considera paciente pediátrico al binomio de los padres y el niño. Cuando los padres acuden a un Servicio de Urgencias de Pediatría tienen un elevado grado de preocupación que, en la mayoría de las ocasiones, se convierte en ansiedad. El objetivo general del trabajo es elaborar una propuesta de protocolo de enfermería para disminuir la ansiedad de estos padres.

Metodología: En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de información en bases de datos como Dialnet, Pubmed, Science Direct, entre otras. En segundo lugar, se desarrolló la propuesta de protocolo incluyendo las intervenciones de enfermería apropiadas, encontradas anteriormente.

Desarrollo: En otras especialidades de pediatría se incluyen a los padres en la atención sanitaria de sus hijos. La tranquilidad de los niños y el tratamiento de su dolor, contribuye a la serenidad de los padres. En el protocolo se incluyeron los siguientes métodos: triaje; comunicación eficaz; utilización de infografías o material visual; analgesia no farmacológica y presencia familiar.

Conclusiones: Es necesario unificar los métodos de enfermería para lograr el control y la disminución de la ansiedad en los padres. Respecto a la presencia familiar, es beneficiosa para los padres, los niños y los profesionales sanitarios en la mayoría de las situaciones.

Palabras clave: Ansiedad, Urgencias de Pediatría, Protocolo de Enfermería y Padres.



ABSTRACT:

Introduction and purpose: In the last decades healthcare has experienced a change from a paternalistic model to a more centered in the patient one. In pediatrics the “Family Centered Care” model is the norm, because it is considered that the pediatric patient is the binomial composed by both the parents and the child. When parents go to a Pediatrics Emergency Room they develop a high degree of preoccupation which most of the times becomes anxiety. The main purpose of this study is to elaborate a proposition of a nurse protocol in order to diminish said anxiety.

Methods: First, a literature review was made with information obtained from databases like Dialnet, Pubmed or Science Direct amongst others. Secondly, the proposition of a protocol was developed including those nurse interventions that were considered appropriate.

Results: In other pediatric specialties parents are included in the health care assistance of their child. The calmness of the children and the treatment of the pain reflects on the serenity of their parents. In the protocol the following methods were included: triage; effective communication; usage of infographics or visual materials; non pharmacological analgesia and familiar presence.

Discussion: There is a need to unify nurse methods to achieve control and diminish of anxiety in parents. Regarding familiar presence, it has been proven to be beneficial for both parents and children, and also for health professionals in most of the situations considered.

Key words: Anxiety, Pediatric Emergencies, Nursing Protocol and Parents.



ÍNDICE

índice de tablas, figuras e ilustraciones.....	II
Abreviaturas:	III
1) INTRODUCCIÓN.....	4
<i>La ansiedad en los padres.</i>	5
<i>Cuidados centrados en la familia.</i>	6
<i>Justificación:</i>	7
2) OBJETIVOS	8
3) MATERIAL Y MÉTODOS	9
4) DESARROLLO DEL TEMA	11
- <i>Triaje</i>	12
- <i>Comunicación eficaz:</i>	12
- <i>Utilización de infografías o material visual</i>	13
- <i>Tratamiento del dolor ampliar un poco, explicar</i>	14
- <i>Presencia Familiar:</i>	16
Propuesta de protocolo:	20
5) DISCUSIÓN.....	22
<i>Futuras líneas de investigación y aplicación a la práctica clínica</i>	24
6) CONCLUSIONES:	25
7) BIBLIOGRAFÍA.....	26
8) ANEXOS.....	29
ANEXO 1: <i>Propuesta de protocolo</i>	29
ANEXO 2: <i>Plan de cuidados de enfermería según NANDA, NOC y NIC.</i>	33
ANEXO 3: <i>Características definitorias de la ansiedad</i>	35
ANEXO 4: <i>Escalas para valorar la ansiedad y el dolor</i>	36
ANEXO 5: <i>Artículos de Presencia Familiar en Urgencias de Pediatría</i>	37



ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS E ILUSTRACIONES

ÍNDICE DE TABLAS

- *Tabla 1. Pregunta de investigación PICO.....9*
- *Tabla 2. Términos de búsqueda, DeCS y MeSH.....9*
- *Tabla 3. Motivos para permitir y restringir la Presencia Familiar según los padres.....19*
- *Tabla 4. Motivos para permitir y restringir la Presencia Familiar según los profesionales sanitarios.....20*

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

- *Ilustración 1. Instalaciones del Servicio de Urgencias de Pediatría del HCUV.....4*
- *Ilustración 2. Los 3 componentes de la atención pediátrica.....6*
- *Ilustración 3. Escalera de analgesia de la OMS.....14*
- *Ilustración 4. Ejemplo de Método madre canguro.....15*



ABREVIATURAS:

AP: Atención Primaria

AAP: American Academy of Pediatrics

AEPed: Asociación Española de Pediatría

AHA: American Heart Association

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

ENA: Emergency Nurses Association

EpS: Educación para la Salud

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

LM: Lactancia Materna

MeSH: Medical Subject Headings

MMC: Método Madre Canguro

PI: Procedimiento Invasivo

RCP: Reanimación cardiopulmonar

SEUP: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

SUP: Servicio de Urgencias de Pediatría

TA: Trastorno de la Ansiedad

TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica

VVP: Vía Venosa Periférica



1. INTRODUCCIÓN

El Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP), está compuesto por un equipo multidisciplinar para poder atender los 365 días del año a aquellos pacientes de 0 meses hasta 14 años que lo requieran. El funcionamiento es similar a cualquier servicio hospitalario de urgencias, teniendo en cuenta que los pacientes son niños. Estos, vienen acompañados generalmente por su cuidador principal que suele ser su madre o su padre. Una vez que entran en el servicio, lo primero que se realiza es la consulta de triaje. Allí se les atribuye un nivel (del I al V) en función de la gravedad del motivo de consulta. A cada nivel, le corresponde un tiempo máximo de espera para ser atendidos por el pediatra en las consultas, dónde es más frecuente la realización de técnicas invasivas tanto del personal médico como de enfermeras. Si necesitan cualquier prueba complementaria (análisis, rayos, ecografías. etc.) se le realiza en el mismo hospital. Después de ser valorados por el médico, dependiendo de su patología, pueden esperar en la sala de sillones; en el box de aislamiento o en la sala de espera dónde reciben tratamiento si es preciso. Si alguno está en riesgo de compromiso vital o está muy inestable hemodinámicamente pasaría a la sala de críticos. En teoría en urgencias no deberían estar los pacientes más de 24 horas. El objetivo principal de esta unidad es estabilizarlos o resolver su problema actual. Si necesitan un seguimiento de su patología puede ser necesario el ingreso en la unidad correspondiente o el seguimiento por el equipo asistencial de Atención Primaria (AP).



Ilustración 1: Instalaciones de SUP de HCUV



LA ANSIEDAD EN LOS PADRES.

Según los diagnósticos de Enfermería de NANDA, la ansiedad es una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Como características definitorias de la ansiedad se puede encontrar en las personas: angustia, irritabilidad, incertidumbre, temor, alteración de la atención y la concentración, etc.⁽¹⁾. Según la intensidad puede ser leve, moderada, grave o pánico.

Los padres que acuden a Urgencias de Pediatría tienen generalmente un grado elevado de preocupación y angustia que se puede convertir en ansiedad. Además hay que tener en cuenta una serie de factores predisponentes que pueden desencadenarla o aumentarla: los tiempos de espera en la atención; el propio sistema de organización del hospital; la edad y patología del niño; los posibles procedimientos invasivos que se le vayan a realizar al niño; la edad de los padres; ser primerizos; experiencias negativas anteriores; la personalidad de cada cuidador y una posible acumulación previa de estrés⁽²⁾.

En los padres, todo esto aumenta por el desconocimiento, la dependencia y falta de autonomía que les corresponde a sus hijos por la edad. Dicha ansiedad suele ser mayor en SUP que en AP⁽³⁾. En el SUP frecuentemente los padres o cuidadores confunden el grado de urgencia con la gravedad de la enfermedad⁽⁴⁾, por eso en triaje el papel de enfermería en este aspecto es fundamental.

El nivel de ansiedad es inversamente proporcional a la edad de los niños, al número de hijos que se tenga, a la edad de los padres, a la renta familiar y al tiempo transcurrido desde que se diagnosticó una patología o enfermedad⁽⁵⁾. También la ansiedad está condicionada por la gravedad de la enfermedad, su pronóstico y el tipo de tratamiento utilizado.



CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA.

En las últimas décadas, la atención sanitaria ha cambiado de un enfoque paternalista a otro centrado en el paciente. Antes se veía sólo la enfermedad que tenía la persona y se trataba exclusivamente el problema. Sin embargo, desde hace 20 años aproximadamente se ve a los pacientes como seres biopsicosociales y se intenta englobar toda la persona dentro de su enfermedad. Se intenta tratar al enfermo en su contexto cultural y familiar, convirtiéndose el paciente y su familia en protagonistas del proceso asistencial. Lo ideal sería participar junto a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones, en la administración del tratamiento, así como en la realización de Procedimientos Invasivos (PI).⁽⁶⁾

En el campo de la pediatría en vez de modelo centrado en el paciente se habla de “modelo de cuidados centrado en la familia”⁽⁶⁻⁹⁾; la familia toma más relevancia ya que es necesario comprender las necesidades de los padres para que transmitan tranquilidad y seguridad al niño. También son importantes los cuidadores principales por la falta de independencia y autonomía que tienen los niños. Por todo esto se entiende al paciente pediátrico como un binomio niño-padres.

Es importante tener una buena comunicación entre enfermeras y dicho binomio, ya que los que comunican, explican y organizan el mundo del niño son los padres o cuidadores principales. En la consulta ellos dan la explicación inicial del motivo de consulta, relatan la evolución de la enfermedad, los cambios ocurridos en el niño, etc.⁽¹⁰⁾



Ilustración 2: Los 3 componentes de la atención pediátrica



JUSTIFICACIÓN:

Durante la rotación de prácticas en Urgencias de Pediatría se observó la cantidad de padres que acuden a urgencias alterados, nerviosos y sin saber muy bien cómo controlar la situación. En muchos casos, aumentaba su estado de intranquilidad y ansiedad a medida que pasaba el tiempo esperando la atención sanitaria requerida.

Cuando se realizó una búsqueda de artículos, se encontraron pocos sobre la ansiedad en los padres que asistían a urgencias de pediatría. Además los que se encontraron se llevaron a cabo con escalas no validadas o con escalas para valorar una ansiedad a largo plazo (Trastornos de Ansiedad, TA), como pueden sufrir los padres de los niños hospitalizados, de los niños oncológicos, etc. Se encontraron muchos otros artículos dónde se hablaba de medidas para reducir la ansiedad de los padres en servicios cómo: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP); Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN); en Oncología y en planta de Pediatría; pero en Urgencias de Pediatría se ha investigado menos al respecto. Debido a la larga estancia de los pacientes en esas otras unidades, el personal sanitario está más formado y sensibilizado en los Cuidados centrados en la familia.

En la búsqueda de bibliografía, se encontró alguna noticia⁽¹¹⁾ en la que se mencionaba agresiones, al profesional sanitario en las consultas del SUP. Dichas agresiones pueden ser físicas o verbales, siendo estas últimas las más frecuentes. Uno de los factores desencadenantes de esa reacción por parte de los padres puede ser la ansiedad que tienen en esos momentos.

Todos estos motivos, justifican la importancia que tiene ofrecer una atención holística en un servicio de urgencias y que las enfermeras (entre otros profesionales sanitarios) pueden hacer una serie de intervenciones dedicadas a la familia en estas circunstancias.



2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar una propuesta de protocolo de enfermería para disminuir la ansiedad de los padres en el servicio de Urgencias de Pediatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los diferentes métodos e intervenciones de enfermería que se puedan utilizar para disminuir el nivel de ansiedad de los padres cuando asisten a Urgencias de Pediatría.
2. Analizar la información actual que existe sobre la Presencia Familiar en Procedimientos Invasivos en las Urgencias pediátricas e identificar sus ventajas e inconvenientes.



3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder desarrollar la propuesta de protocolo se realizó una revisión bibliográfica. Primero se formuló la **pregunta de investigación PICO** que se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 1. Pregunta de investigación PICO

P	I	C	O
Padres de niños que acuden a Servicios de Urgencias de Pediatría.	Actuaciones de enfermería para disminuir su ansiedad en SUP.	No actuación específica de enfermería.	Disminución de la ansiedad en dichos padres.

Luego se comenzó la **búsqueda bibliográfica** en bases de datos como Pubmed, Dialnet, Scielo, Science Direct, Almena (Uva) y Google académico. En la siguiente tabla se encuentran los términos de búsqueda, los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH) utilizados para buscar la información.

Tabla 2. Términos de búsqueda, DeCS y MeSH

Términos de búsqueda	DeCS	MeSH
Pediatría	Pediatría	Pediatrics
Enfermeras	Enfermeras Pediátricas	Nurses, Pediatric
Padres	Padres	Parents
Ansiedad	Ansiedad	Anxiety
Protocolos	Protocolos Clínicos	Clinical Protocols
Urgencias de Pediatría	Urgencias médicas	Emergencies

El operador booleano utilizado en todas las búsquedas fue AND, combinándolo de diferentes maneras: “Padres” AND “Ansiedad” AND “Enfermeras Pediátricas”; “Ansiedad” AND “Urgencias médicas” AND “Pediatría”; “Protocolos clínicos” AND “Enfermeras pediátricas”; “Pediatrics” AND “Anxiety” AND “Parents”; “Nurses, Pediatric” AND “Emergencies” AND “Clinical Protocols”; “Nurses, Pediatric” AND “Anxiety” AND “Parents”.



La búsqueda de información se llevó a cabo desde Febrero de 2019 hasta Abril de 2019, ambos meses inclusive. Inicialmente se encontraron numerosos artículos y se realizó una selección teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión:

- Artículos que incluyan niños desde 0 meses hasta 14 años.
- Fuentes documentales en español, inglés y portugués.
- Artículos sobre la ansiedad, angustia o estrés en los padres de los niños en el medio hospitalario.
- Artículos que estudien la presencia familiar en urgencias de pediatría y/o documentos que mencionen técnicas para disminuir la ansiedad en los padres en cualquier ámbito de la Pediatría, que se puedan adaptar a un SUP.

Criterios de exclusión:

- Fuentes documentales que traten del niño igual o mayor de 14 años.
- Artículos no disponibles que estén sujetos a pago.
- Artículos de países no pertenecientes a Europa o América.
- Artículos que estudien la Presencia Familiar (PF) fuera de las urgencias de pediatría.

En un principio se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años pero debido a la poca bibliografía existente sobre este tema se decidió utilizar alguna referencia bibliográfica de interés más antigua.

Como información se dio por válida la proveniente de los siguientes formatos: artículos, estudios, ensayo clínico aleatorizado, revisiones sistemáticas y bibliográficas y guías clínicas. Se utilizó un gestor bibliográfico para almacenar toda la información. Después de analizar y comparar la información encontrada se definió un índice a seguir y se desarrolló la propuesta de protocolo.



4. DESARROLLO DEL TEMA

En **otros servicios** de pediatría tienen intervenciones específicas, establecidas desde hace años, destinadas a la familia:

- En la **UCIN** hacen cuidados centrados en el desarrollo (CCD)⁽¹²⁾, que consisten básicamente en llevar a cabo un conjunto de actividades para disminuir el impacto ambiental de la UCIN sobre el recién nacido y afianzar el rol de los padres como cuidadores activos.
- Algunas **UCIP** son de puertas abiertas, permitiendo así que un familiar esté con el niño todo el tiempo o bien, más horas de las visitas establecidas en las UCIP tradicionalmente⁽¹³⁾; otras realizan vídeos informativos para que los familiares conozcan el servicio, etc.
- En **quirófanos** la situación que provoca más ansiedad suele ser la inducción anestésica, por eso la mayoría de estrategias se han desarrollado enfocadas a dicho momento⁽¹⁴⁾. Estar presente durante la anestesia pediátrica puede disminuir tanto la ansiedad del niño como la del padre⁽⁶⁾.
- En **oncología** también hay bastante información y estudios al respecto. Al tratarse de una enfermedad que suele tener un recorrido largo en el tiempo, los padres por norma general quieren participar de forma activa en el proceso, queriendo que los profesionales sanitarios les informen adecuadamente y les enseñen cuidados que realizar a sus hijos⁽¹⁵⁾.
- Respecto al niño hospitalizado y al paciente pediátrico crónico (Diabetes, Asma, enfermedades genéticas, etc.) está implicada la familia desde el comienzo del proceso.
 - En las enfermedades crónicas, suele haber consultas específicas para trabajar con el niño y los padres los efectos y cambios que deberán afrontar con la enfermedad.



Respecto al desarrollo se encuentran los siguientes **métodos** que pueden ayudar a disminuir y controlar la ansiedad en los padres:

- A) Triage
- B) Comunicación eficaz
- C) Utilización de infografías o material visual
- D) Tratamiento del dolor: analgesia farmacológica y no farmacológica
- E) Presencia Familiar (PF)

A) Triage

Es la consulta de clasificación en urgencias, lo realiza profesionales de enfermería. En España se lleva a cabo generalmente mediante el sistema SET (Sistema Estructurado de Triage) que es una adaptación del Modelo Andorrano de Triage, con utilización del sistema informático web-e Pat 4.0.

Dentro de las funciones del triaje, además de agilizar la organización del hospital y de diferenciar cuál es una urgencia de la que no, en Pediatría es muy importante explicar a los padres de forma adecuada cómo funciona este servicio hospitalario. Es recomendable preguntar si es la primera vez que van a un SUP, de esta forma se sabe si además de ser una situación que les pueda suponer ansiedad, los elementos de la novedad y el desconocimiento pueden ser factores que la aumenten. Se les debe explicar de forma clara y concisa que es una consulta de clasificación de enfermería, decir en qué consiste y es importante aclararles que serán atendidos según la gravedad, no por orden de llegada. En resumen, explicando el proceso en urgencias del hospital se da seguridad a los padres, aumentando su satisfacción al recibir una atención preliminar inmediata⁽¹⁶⁾; ya que es la primera barrera de asistencia que se van a encontrar después de los administrativos en admisión.

B) Comunicación eficaz:

Una comunicación entre los profesionales de la salud y la familia eficiente, disminuye la ansiedad de los padres y aumenta su participación, adquieren unos vínculos de mayor seguridad y por lo tanto confianza.



Un buen entendimiento, favorece la adherencia a tratamientos, al proceso de afrontar la enfermedad o la patología y aumenta la autonomía de los padres⁽¹⁵⁾.

En aspectos básicos la comunicación debe ser:

- Empática
- Asertiva
- De confianza
- Bidireccional
- Verbal y no verbal
- Que fomente el empoderamiento del niño, al final es el participante activo. Hay que tener siempre en cuenta la edad del niño, ya que depende de sus años tendrá unas capacidades, conocimientos y habilidades muy diferentes.
- Adaptada al contexto familiar, es decir, teniendo en cuenta: la cultura; el tipo de familia (monoparental, hijo único, primerizos, etc.); los niveles de estudios; etc.

C) Utilización de infografías o material visual

Los recursos visuales como por ejemplo los folletos informativos son útiles en la explicación de técnicas sanitarias, de patologías, de administración de fármacos, de cuidados en casa relacionados con ciertas enfermedades, etc.

En el hospital cuando los padres están ansiosos pierden el sentido de la concentración y aunque se les explique el tratamiento que tienen que administrar a su hijo en casa, se les puede olvidar; ofreciéndoles la información por escrito les llega por más vías de comunicación (auditiva y visual) y en casa, estando más tranquilos, pueden acceder a esa información tantas veces como quieran.

En la página de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) hay muchos recursos para los profesionales sanitarios⁽¹⁷⁾ en relación a informar a la familia. También hay recursos para los mismos padres⁽¹⁸⁾.

En la página de la Asociación Española de Pediatría (AEPed) se encuentra un blog oficial para los padres ⁽¹⁹⁾, etc.

Además, en Castilla y León existe una aplicación de móvil⁽²⁰⁾ y un teléfono destinado para urgencias de Pediatría atendido por pediatras y enfermeras durante 24 horas 365 días al año⁽²¹⁾.

D) Tratamiento del dolor

Es la intervención con más prioridad y más importante. Si el niño no siente dolor, va a estar más tranquilo y por lo tanto sus padres también. Aunque el dolor es algo subjetivo, hay varios métodos para evaluarlo y medirlo: fisiológicos (cambios físicos, alteraciones de la FC, FR, TA de la temperatura), conductuales (cambios del comportamiento) y subjetivos (valorado con escalas, consultar Anexo 4). Actualmente con todos los recursos existentes para evitar el dolor, es fundamental utilizarlos.

Analgesia farmacológica:

Consiste en la administración de fármacos, por diferentes vías (vía intravenosa, vía intranasal, vía oral, vía inhalatoria, vía rectal, vía oral, vía transmucosa, vía intramuscular, etc.). Se sigue la escalera analgésica de la

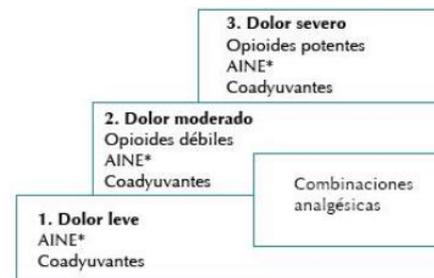


Ilustración 3. Escalera de analgesia de la OMS

OMS (ver ilustración 3). También se puede administrar vía inhalatoria Óxido Nitroso con

Oxígeno (Kalinox), es un gas incoloro compuesto 50 % por Oxígeno y el otro 50 % por Óxido Nitroso. Produce sedación, analgesia y efecto amnésico. Se necesita consentimiento del tutor legal y monitorización de constantes durante el procedimiento. Se puede administrar a demanda (niños colaboradores) o a flujo continuo (no colaboradores).

Analgesia no farmacológica:

Son todos aquellos métodos no farmacológicos que se pueden utilizar con niños en función de la edad para disminuir o evitar el dolor durante los procedimientos invasivos. Algunos ejemplos que tienen aplicación en un SUP son:

- **Lactancia Materna:** en niños en período lactante, la Lactancia Materna (LM) a mayores de ser un estímulo positivo para el bebé también lo es para la madre, se puede relajar y sentir más tranquila ante una situación estresante⁽¹²⁾. En un SUP puede aplicarse durante la punción capilar, intramuscular e intravenosa. Esto requiere explicarle a la madre que existe esa posibilidad y preguntarle si quiere realizarlo. Si es así se deberá ofrecer un ambiente de intimidad durante y después de la técnica.



Ilustración 4: Ejemplo de MMC

- **Método madre canguro (MMC):** Según la OMS el MMC consiste en “la atención a niños prematuros o recién nacidos a término manteniéndoles en contacto piel con piel con la madre”⁽²²⁾. Se deberá colocar al lactante en posición vertical sobre el pecho de la madre, entre sus pechos y en decúbito ventral⁽²³⁾. Esta técnica además de estimular positivamente el bebé, aportándole seguridad y contacto piel con piel; ayuda a disminuir la ansiedad y el stress a los padres, derivado de la separación y además, refuerza su rol como cuidadores⁽¹²⁾.

Aplicación en SUP: Este método es útil mientras se realizan las técnicas necesarias. También se puede utilizar en momentos de espera de resultados, para calmar al bebe después de una técnica de enfermería como punciones venosas, capilares, sondaje vesical, lavado nasofaríngeo, etc. si por el motivo que fuese no está con lactancia materna.



- **Sacarosa al 24%:** efectivo sobre todo en neonatos (< 28 días), se administra vía oral.
- **Succión no nutritiva:** en lactantes.
- **Métodos de distracción:** todo lo que disminuya el dolor y la ansiedad en el niño, va a ayudar a que los padres estén más tranquilos.
 - Juegoterapia y musicoterapia
 - Técnicas de relajación
 - Realidad virtual⁽²⁴⁾
 - Sala de espera: la instalación de televisiones, libros infantiles, juegos de mesa va a ayudar a reducir la intranquilidad e impaciencia en el niño y por lo tanto de sus padres.

E) Presencia Familiar:

El acompañamiento por parte de la familia es un derecho, recogido así por el decálogo del seguridad del niño en el entorno sanitario de la AEPed⁽²⁵⁾ y por la Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado publicada en 1986⁽²⁶⁾. La madre es el familiar que suele acompañar a los niños durante los procedimientos invasivos (PI)^(8,27).

La Presencia Familiar (PF) durante los PI no es algo nuevo, aunque siga habiendo bastante controversia respecto a ello. La primera organización que elaboró un documento al respecto fue en 1993 la Emergency Nurses Association (ENA). La tendencia de los organismos internacionales, como la American Academy of Pediatrics (AAP), es defender y promover la PF durante los PI. Para ello abogan por la implantación de políticas y protocolos en los hospitales y centros de A.P.⁽²⁸⁾. Ya hay guías aprobadas y evaluadas con éxito para la aplicación de PF. Estados Unidos es uno de los países pioneros en PF, hace unos años sólo el 5% de las UCIP o SUP tenían protocolos en relación a cómo realizar la PF⁽²⁹⁾. Se entiende por Procedimiento Invasivo (PI) cualquier técnica diagnóstica y/o terapéutica que suelen ser cruentas⁽²⁹⁾.



Provocan temor y se convierten en una experiencia negativa asociada al medio hospitalario para los niños y sus familiares. Los PI suelen ser los siguientes: aspiración de secreciones nasofaríngeas, sondaje vesical y nasogástrico, extracción sangre, canalización de vía venosa periférica (VVP), sutura de heridas, punción lumbar, toracocentesis, analgesia y sedación y reanimación cardiopulmonar (RCP). En el estudio de Luaces Cubells et al.⁽²⁸⁾ se clasifican en:

- Poco invasivos: extracción de sangre, colocación de VVP, sondaje vesical y gástrico
- Moderadamente invasivos: punción lumbar, sutura de heridas, reducción/tracción esquelética.
- Muy invasivos: toracocentesis, intubación endotraqueal y maniobras de RCP.

La American Heart Association (AHA) en el año 2000 hizo una guía clínica en la cual se recomendaba dar la opción a los padres de estar presentes durante los PI y la RCP que recibían sus hijos⁽²⁹⁾. En estudios realizados, las familias agradecen haber presenciado que se ha hecho todo lo posible para salvar a su hijo y que si no se consigue les ayuda a superar el duelo⁽⁸⁾.

Posibles beneficios de la PF:

- Mejora la relación interpersonal entre padres y profesionales sanitarios. Al estar presentes los padres pueden ver la dificultad en la realización de ciertas técnicas, y puede aumentar su comprensión y confianza hacia los profesionales sanitarios.
- Hacer Educación para la Salud (EpS) es útil para enseñarles muchos consejos y técnicas a los padres que pueden hacer ellos en casa (como lavados nasales, realización de cura de heridas, etc.) a sus hijos. También aprenden a administrar la medicación y así cuando les den el alta, van a saber cómo administrársela⁽⁹⁾ (cómo la medicación a través de cámaras de inhalación ,etc.).



- Tranquilidad del niño al estar acompañado por personas de su entorno. Además, se encuentra bibliografía de áreas de hospitalización pediátrica en la que la recuperación de la salud del niño mejora notablemente ante la presencia de los padres y/o familiares⁽³⁰⁾.

Posibles inconvenientes de la PF:

- Malentendidos o problemas con la familia por falta de comunicación y entendimiento.
- Formación específica por parte del profesional sanitario.
- Más tiempo empleado en la atención sanitaria.

PF: visión de los padres

En relación a estudios más antiguos, se aprecia un incremento muy significativo en la proporción de padres que quieren presenciar los PI de sus hijos. Además la mayoría de los estudios coinciden con que los padres quieren ser informados y tener la opción de escoger. Varios estudios indican que los padres que asisten a los PI tienen menos ansiedad que los que deciden no hacerlo⁽⁶⁾, ya que al observar en todo momento el estado de su hijo y lo que se le está haciendo aumenta su nivel de tranquilidad. Además, al estar presentes, pueden valorar ellos mismos la importancia y la dificultad de la técnica (si la tuviese)⁽⁸⁾. Cada vez se tiende más a que la familia sea activa en el cuidado del niño enfermo y en el equipo de salud⁽⁸⁾. En un estudio realizado en el hospital de Cruces⁽⁸⁾, en Vizcaya, no se encontró relación significativa entre el deseo de estar presente y haber estado en más ocasiones en un SUP, ni con que sus hijos tuviesen alguna enfermedad crónica pero sí que se encontró relación con el nivel de estudios de los padres, ya que en las técnicas más cruentas había mayor deseo de PF en padres con nivel de estudios superiores. Los padres que habían estado presentes en algún procedimiento en general querían estar en otros más (excepto en aspiración de secreciones).



En el mismo estudio también se llegó a la conclusión que generalmente el deseo de presenciar los procedimientos es inversamente proporcional a su grado de invasividad.

Tabla 3. Motivos para permitir y restringir la PF según los padres

Motivos para aceptar y justificar la PF	Motivos para rechazar la PF
<ul style="list-style-type: none">- Contención emocional /Tranquilizar al niño (sobre todo > 1 año)- Sufrir menos angustia (sobre todo <1 año)- Vigilar el procedimiento y/o material utilizado	<ul style="list-style-type: none">- Interferir con los profesionales sanitarios.- No tranquilizar al niño (sobre todo < 1 año)- Sufrir angustia (sobre todo < 2 años)

Tabla de elaboración propia, con información obtenida de un artículo⁽⁸⁾.

No obstante, hay padres que estar presentes en los procedimientos invasivos les puede llegar a causar angustia, por eso es importante que los profesionales sanitarios se lo ofrezcan y no se lo impongan⁽⁸⁾. Generalmente cuanto más invasivo es un procedimiento menos quieren estar.

PF: visión de los niños

En los niños es complicado valorar objetivamente el dolor y la ansiedad que tienen por lo que en ocasiones es difícil evaluar los beneficios que tiene la PF en ellos, mayoritariamente en edades tempranas^(6,8).

La PF generalmente hace que el niño esté tranquilo, lo cuál es la primera medida no farmacológica para tratar el dolor agudo en un medio hospitalario⁽⁶⁾.

PF: visión de los Profesionales Sanitarios

En los profesionales hay mucha controversia de opiniones acerca de la PF⁽⁶⁾. Para empezar existe un fenómeno que se llama **Jerarquía de la invasividad**⁽⁶⁾⁽²⁹⁾, que consiste básicamente en que a mayor complejidad y menos frecuencia de la técnica, menos profesional sanitario está a favor de la PF⁽²⁸⁾. La PF disminuye inversamente a la invasividad del procedimiento. Hay una excepción en la RCP, que es cuándo hay probabilidad de muerte⁽²⁹⁾.



Si un profesional sanitario no quiere realizar una técnica con la familia presente, puede utilizar la **objeción de conciencia** y delegarlo en sus compañeros.

Tabla 4. Motivos para permitir y restringir la PF según los profesionales sanitarios

Motivos para permitir la PF	Motivos para restringir la PF
<ul style="list-style-type: none">- Colaboración en la contención emocional del niño- Mejora en la relación de los profesionales sanitarios con la familia- Comprensión del esfuerzo y trabajo sanitario por parte de la familia	<ul style="list-style-type: none">- Menor tasa de éxitos en los PI- Mayor nerviosismo/ansiedad en los profesionales sanitarios, en los niños y en los familiares- Aumento del riesgo de consecuencias legales(denuncias)- En cuanto al procedimiento: interrupción, mayor duración y/o menor tasa de éxito- Peor rendimiento del personal sanitario- Interferencia en la formación del personal sanitario / Afectación en el aprendizaje y entrenamiento de los profesionales (sobre todo estudiantes en prácticas y residentes)- Creencia que los padres no están preparados- Espacio reducido

Tabla de elaboración propia, con información obtenida en estudios realizados en hospitales de España^(6-8, 28, 29),

Factores importantes para que los profesionales sanitarios permitan la PF son la experiencia previa y el centro sanitario dónde trabajen. El entrenamiento y formación del personal sanitario son factores importantes que pueden determinar su opinión respecto a la PF⁽²⁸⁾. La formación para aumentar la educación del profesional sanitario mejora la respuesta de los padres respecto a la PF⁽²⁹⁾. Además la creación de grupos de trabajo multidisciplinares, analizar la opinión del profesional sanitario de cada centro, crear espacios de debate para que el personal pueda manifestar sus opiniones y temores forma parte del aprendizaje.⁽⁷⁾



PROPUESTA DE PROTOCOLO:

Una vez recogida la información necesaria y teniendo en cuenta alguna guía⁽³¹⁾ encontrada en la búsqueda bibliográfica, se establece un índice y se desarrolla la propuesta de protocolo. El protocolo pretende dar la mejor asistencia sanitaria al niño, controlando la ansiedad de sus padres.

Hay métodos que se decide no incluir cómo la analgesia farmacológica, ya que se requiere prescripción médica para poder administrar los fármacos generalmente⁽³²⁾. Se hace hincapié en la comunicación, es una técnica que se puede utilizar de manera continua en la atención sanitaria y es bastante eficaz. También se da importancia a la utilización de infografías o material visual explicativo; los padres tienen un nivel de preocupación elevado en el hospital y poder leer la información adecuada en casa disminuye su ansiedad. El tratamiento del dolor del niño es un aspecto fundamental para que tanto el paciente como los padres estén tranquilos. Se decide dividir los métodos de analgesia no farmacológica que se pueden utilizar, en función de si el paciente es lactante (menor de 2 años) o tiene más de 2 años. Hay que tener en cuenta la diferencia de edad en proporción a su desarrollo cognitivo. Ya que se trata de un servicio de urgencias, se propone aprovechar la consulta de triaje para tranquilizar a los familiares del niño, ofreciendo información adecuada. Por último, con toda la información obtenida de estudios en hospitales españoles, se desarrolla una forma de actuación conjunta respecto a la Presencia Familiar. Aunque la propuesta de protocolo está pensada para cualquier Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP), se realizó en referencia al servicio que se conocía, que es el del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

La propuesta de protocolo se adjunta en ANEXO 1.



5. DISCUSIÓN

Presencia Familiar:

Quién decide la PF.

Cada vez más padres piensan que deben participar en la decisión de estar o no presentes durante los PI, y que no debe ser una decisión unilateral por parte del profesional sanitario⁽²⁹⁾. En relación a los niños hay artículos que muestran resultados contradictorios o sin importancia estadística respecto a la repercusión que tiene para los ellos⁽⁶⁾. Entre los artículos publicados en España hay uno realizado en el “12 de Octubre”⁽³³⁾ en el que todos los niños querían estar acompañados por sus padres.

Diferencia de opiniones según profesión sanitaria.

En el estudio realizado en el SUP del hospital de Cruces⁽⁸⁾, se observó una diferencia importante en la categoría profesional en relación a justificar y permitir la PF. En este caso el 100% de los pediatras son los que la permiten y la ofertan. Las enfermeras lo hacen en un porcentaje inferior y depende de la técnica que sea. El 70% de los profesionales sanitarios creen que es beneficiosa, pero esta opinión es diferente en médicos que en enfermeras (10% vs 48%, $p=0,002$). En otro estudio realizado en el Hospital Universitario “12 de Octubre”⁽²⁹⁾ también hay diferencia de opiniones en función de la categoría profesional. En este estudio dividen las profesiones en 2 grupos: personal médico (adjuntos/de plantilla y residentes) y personal no médico (enfermeras y TCAEs). El personal médico considera la PF positiva para el niño en un 95% de los encuestados (excluyendo a los residentes del primer año), en cambio el personal no médico, en un 50% de los encuestados. En relación a si los padres deberían de participar en la decisión de estar o no presentes el 57% del personal médico está a favor, frente al 4% del personal no médico ($p<0,001$). En la RCP no hay diferencias significativas en cuanto a la profesión.



También se encontraron artículos no españoles dónde los profesionales de enfermería estaban a favor de la PF y de ofrecérselo a los familiares^(34,35).

El punto de vista del profesional sanitario es muy importante porque puede cambiar en relación a la experiencia previa y al temor que puedan tener a realizarla⁽²⁸⁾.

Aunque uno de los argumentos de los profesionales para no permitir la PF sea el aumento de denuncias y problemas legales y el incremento de fallos e intentos en la realización de la técnica sólo se encontró un artículo que lo mencionase. En el artículo de Luaces Cubells et al.⁽²⁸⁾ identificaron algunas dificultades/incidencias que surgieron en hospitales de España a consecuencia de permitir la PF, cómo fueron el mareo, peor comportamiento o mayor nerviosismo del niño, interrupción del procedimiento, y en 2 hospitales reclamación o denuncia. En 2008 de los 22 hospitales que respondieron, 2 de ellos tenían un grupo de trabajo específico sobre el tema y un hospital, un protocolo propio. En 2012, 4 años más tarde se volvió a repetir la encuesta⁽⁷⁾ y se observó que en todos los SUP que respondieron (correspondientes a 22 hospitales) se permitía la PF aunque fuese en alguna técnica en concreto. Además, se produce un aumento de la PF en todas las técnicas, siendo estadísticamente significativo en la extracción de sangre y el sondaje vesical. En ese mismo estudio entre los motivos para reducir la PF disminuyeron en número los argumentos de la ansiedad de los padres, el de peor rendimiento del personal y el nerviosismo del niño. También disminuyó los problemas a consecuencia del mal comportamiento del niño.

La principal **limitación** del trabajo es la poca bibliografía que hay sobre el tema. Esto ha supuesto una dificultad añadida que se suplió con bibliografía más antigua. Por ese mismo motivo, la mayoría de las intervenciones que se mencionan para disminuir la ansiedad, aunque hayan sido probadas en otros servicios de pediatría, no hay evidencia científica de que todas funcionen en un SUP.



En relación a los estudios hallados y analizados de PF hay que tener en cuenta que los resultados de cada estudio pueden estar condicionados por diversos factores: la zona en la que se realizó, el hospital, la población, etc. Otra limitación más es que el protocolo sólo está dirigido a profesionales de enfermería.

Como **fortalezas** se encuentran la innovación del tema; las fuentes que son fiables y contrastadas; la necesidad percibida de protocolizar al respecto y los posibles beneficios obtenidos si se llevase a cabo.

Futuras líneas de investigación y aplicación a la práctica clínica

Para llevar a cabo la propuesta de protocolo en el servicio, se deberían realizar unas jornadas de formación y sensibilización respecto al tema, en este caso al profesional de enfermería, ya que el protocolo está dirigido a él. Después se debería llevar a cabo, a modo de prueba, durante el tiempo que se decida. Paralelamente se realizaría una encuesta de satisfacción a padres y a los profesionales sanitarios, con los indicadores adecuados para valorar de la manera más objetiva posible la disminución de la ansiedad. Sería interesante preguntar a los padres propuestas de mejora, si las tuviesen, ya que a veces por mucho que empaticemos el profesional sanitario, es bueno escuchar a los que están recibiendo la atención sanitaria. Lo ideal sería crear un equipo multidisciplinar formado en el tema y adaptar el protocolo a los pediatras y a los TCAEs.

Como futuras líneas de investigación se podría seguir investigando respecto a la PF en un SUP en hospitales de España, ya que buscando información se ha visto que no hay nada concluyente ni muy actual.



6. CONCLUSIONES:

Se ha observado que la ansiedad aumenta de forma proporcional al tiempo de espera. Urgencias de Pediatría es un servicio dónde están presentes muchos de los factores predisponentes de la ansiedad. Es necesaria la propuesta de protocolo para unificar diversas intervenciones en un mismo servicio y para protocolizar los cuidados enfermeros que se realizan a la familia de los pacientes pediátricos.

En relación con la presencia familiar, se ha observado que en la mayoría de las ocasiones beneficia a los tres involucrados en la salud del niño: al propio paciente, a sus padres o cuidadores principales y a los profesionales sanitarios. Se debe dar la oportunidad a los padres de expresar sus sentimientos en el medio hospitalario. Además los profesionales sanitarios deben explicar de forma adecuada en qué consiste la presencia familiar y darles a elegir si quieren estar presentes o no. Involucrar a los padres en la salud de sus hijos beneficia la relación interpersonal con los profesionales sanitarios.

Otro aspecto por destacar es el aprendizaje. Si se forma a los profesionales sanitarios, están más sensibilizados con el tema y se sienten más seguros a la hora de realizar técnicas y procedimientos delante de familiares. También pueden ser capaces de tranquilizar a la familia del niño en el medio hospitalario y de empatizar más con ellos.

Por último, al encontrarse tan poca información y estudios en Urgencias de Pediatría, se llega a la conclusión de que es necesario seguir investigando respecto a la existencia y el control de la ansiedad en los padres de los niños que acuden a este servicio.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. NNNConsult [Internet]. [citado 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda/146>
2. Hernández Pérez E, Rabadán Rubio JA. La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada [Internet]. Perspectiva Educativa. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2X7EDCG>
3. Fernández-Castillo A, Vílchez-Lara MJ. Alteración emocional en atención primaria y urgencias pediátricas. ¿Se enfadan los padres durante la atención pediátrica? Rev Latinoam Psicol [Internet]. septiembre de 2015;47(3):205-12. Disponible en: <http://bit.ly/2WEGxq7>
4. Mesquita M, Pavlicich V, Luaces C. El sistema español de triaje en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas [Internet]. Revista Chilena de Pediatría. 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2X8VyV7>
5. dos Santos Alves DF, de Brito Guirardello E, Yamaguchi Kurashima A. Estrés relacionado al cuidado : el impacto del cáncer infantil. Latino-Am. Enfermagem. 2013.
6. Parra Cotanda C, Luaces Cubells C, Pou Fernández J. ¿Deberían estar presentes los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias? An Pediatría [Internet]. marzo de 2009;70(3):293-6. Disponible en: <http://bit.ly/2XGNqbl>
7. Parra Cotanda C, Angel Solá J, Sagué Bravo S, Trench Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. ¿ Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? An de Pediatría. 2014.
8. Santos González G, Jiménez Tomás R, Sánchez Etxaniz J. Presencia de familiares en los procedimiento realizados en urgencias. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2XMhWRi>
9. González del Rey J. Papel de los padres en las urgencias pediátricas: ¿tradición, conflicto o mejoría? [Internet]. An de Pediatría. 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2IAYq3O>
10. Noreña A, Juan L. De La Interacción Comunicativa. Factores Que Influyen En La Comunicación Entre Los Profesionales De Enfermería Y Los Niños [Internet]. Cultura de los cuidados. 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2Rc5AiT>
11. Agresión a dos sanitarios en el hospital de Salamanca [Internet]. Redacción médica. 2017 [citado 15 de abril de 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2IGSVRb>
12. Porta Ribera R, Capdevila Cogul E. Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres [Internet]. Revista iberamericana de psicología. 2014. Disponible en: <http://bit.ly/2F7UbMn>



13. Franchi R, Idiarte L, Darrigol J, Pereira L, Mastropiero L. Unidad de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas: experiencia y opinión de los padres. Arch Pediatr Urug [Internet]. 25 de julio de 2018;(3):165-70. Disponible en: <http://bit.ly/31rxIJ6>
14. Álvarez García N, Gómez Palacio V, Siles Hinojosa A, Gracia Romero J. Psicoprofilaxis quirúrgica audiovisual en cirugía general pediátrica: ¿podemos disminuir la ansiedad del niño y de su familia? 2017.
15. de Oliveira Pinheiro de Melo EM, Lopes Ferreira P, Aparecida Garcia de Lima R, Falleiros de Mello D. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children [Internet]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014 jun. Disponible en: <http://bit.ly/2MMugjC>
16. Saila O, De Salud D. Urgencias De Pediatría: Protocolos De Atención Prehospitalaria. INFAC [Internet]. 2017;25(2):12-21. Disponible en: <http://bit.ly/2F5UrLW>
17. SEUP. Profesionales – SEUP [Internet]. [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://seup.org/profesionales/>
18. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría [Internet]. [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://seup.org/padres/>
19. Bienvenido a EnFamilia | EnFamilia [Internet]. [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/>
20. Junta de Castilla y León. App Mi Pediatra| Aula de Pacientes [Internet]. [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2Rc5WGf>
21. Junta de Castilla y León. Plan de atención pediátrica telefónica | Institución [Internet]. [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2KflvLR>
22. OMS. Método madre canguro [Internet]. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. 2004. 56 p. Disponible en: <http://bit.ly/2XLNwic>
23. Fundación canguro y departamento de epidemiología clínica y bioestadística. Facultad de Medicina-Pontificia Universidad Javeriana. Guías De Práctica Clínica Basadas En Evidencia Para La Óptima Utilización Del Método Madre Canguro En El Recién Nacido Pretérmino y/o De Bajo Peso Al Nacer. 2005.
24. Martín Valbuena S, Fernández Fernández I, Varela Robla M, Valcárcel Vega IB, Gordo Ruiz T, Fernández Fernández JA. Eficacia de una intervención enfermera con Realidad Virtual. Tiempos de enfermería y salud. 2018.
25. Decálogo de seguridad del niño en el entorno sanitario | Asociación Española de Pediatría [Internet]. AEPed. 2014 [citado 11 de abril de 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2wPSK0C>
26. Europeo EP. Carta Europea de los niños hospitalizados [Internet]. Bol Pediatr 1993 p. 69-71. Disponible en: <http://bit.ly/31ncdUi>



27. Santos González G, Jiménez Tomás R, Sánchez Etxaniz J. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales [Internet]. Emergencias. 2010. Disponible en:<http://bit.ly/2XMhWRi>
28. Gamell Fullà A, Corniero Alonso P, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España. An Pediatría [Internet]. 2010;72(4):243-9. Disponible en: <http://bit.ly/2XHqcSG>
29. González Granado LI, Gómez Sáez F, Pérez Alonso V, Rojo Conejo P. Presencia familiar durante los procedimientos invasivos en urgencias de pediatría: opinión de los profesionales. Acta Pediátrica. [Internet]. 2008:225-228.
30. Guerrero R. El niño hospitalizado, su familia y el equipo de salud [Internet]. Revista Unimar. 2014:57-60. Disponible en: <http://bit.ly/2N20h7B>
31. Sánchez Ancha Y, González Mesa FJ, Molina Mérida O, Guil García M. Guía para la elaboración de protocolos [Internet]. Biblioteca Las Casas. 2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
32. Ministerio Sanidad. Disposición 14474 del BOE núm. 256 de 2018 (Dispensación medicamentos enfermería) [Internet]. España; 2018. Disponible en: <http://www.boe.es>
33. Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Palacios Cuesta A, Blázquez Gamero D, Marín Ferrer MM. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos [Internet]. Anales de Pediatría. 2012. Disponible en: <http://bit.ly/2WLWXSf>
34. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. Int J Nurs Stud [Internet]. septiembre de 2007;44(7):1238-49. Disponible en: <http://bit.ly/2WGAS2G>
35. Amilies F, Atients P, Duran BCR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare, providers, patients, families and patients. American Journal of critical care. 2007.
36. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes? An Pediatría [Internet]. marzo de 2009;70(3):230-4. Disponible en: <http://bit.ly/2wQNry4>
37. Marina C. Urgencias en pediatría. An Pediatría [Internet]. 2003;58(5):515-6. Disponible en: <http://bit.ly/2F1Wdh5>



8. ANEXOS

ANEXO 1: Propuesta de protocolo

1. **Definición:** La preocupación que tienen los padres cuando acuden a Urgencias de Pediatría se puede convertir en ansiedad. El tiempo de espera u otros factores presentes en este servicio pueden aumentarla o hacer que se manifieste antes de tiempo. Se ha creado un documento para poder determinar si tienen características definitorias de ansiedad o no (ver anexos).

2. **Objetivos:**

El objetivo general es disminuir y controlar la ansiedad de los padres cuando acuden con su hijo a urgencias de pediatría.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la asistencia sanitaria del niño.
- Realizar Educación para la salud

3. **Ámbito de aplicación (Profesionales a los que va dirigido):**

Enfermeras del servicio de Urgencias de Pediatría.

4. **Población diana:** Todos los padres de los niños que acuden a Urgencias de Pediatría de este servicio. **Excepción:** nivel de triaje I y/o situación de Éxitus.

5. **Procedimientos de actuación:**

Consiste en realizar las siguientes intervenciones de enfermería: triaje; comunicación eficaz; utilización de infografías o material visual explicativo; analgesia no farmacológica y presencia familiar.



A) Triage:

En la consulta de triaje es importante preguntar si han acudido alguna vez a urgencias y explicar lo siguiente:

- El funcionamiento del servicio de urgencias de pediatría, en qué consiste la consulta de triaje.
- Que recibirán atención médica según el nivel de triaje (orden de gravedad, no de llegada al servicio)

B) Comunicación eficaz, debe ser:

- Empática
- Asertiva
- De confianza
- Bidireccional
- Verbal y no verbal
- Que fomente el empoderamiento del niño, al final es el participante activo. Hay que tener siempre en cuenta la edad del niño, ya que depende de sus años tendrá unas capacidades, conocimientos y habilidades muy diferentes.
- Adaptada al contexto familiar, es decir, teniendo en cuenta: la cultura; el tipo de familia (monoparental, hijo único, primerizos, etc.); los niveles de estudios; etc.

C) Utilización de infografías o material visual

En la página de la Asociación Española de Pediatría (AEPed) se encuentra un blog oficial para los padres.

En Castilla y León existe una aplicación de móvil y un teléfono destinado para urgencias de Pediatría atendido por pediatras y enfermeras durante 24 horas 365 días al año



D) Tratamiento del dolor: analgesia no farmacológica

→En niños menores de 2 años:

- **Lactancia Materna:** puede aplicarse durante la punción capilar, intramuscular e intravenosa. Esto requiere explicarle a la madre que existe esa posibilidad y preguntarle si quiere realizarlo. Si es así se deberá ofrecer un ambiente de intimidad durante y después de la técnica.
- **Método madre canguro (MMC):** Se deberá colocar al lactante en posición vertical sobre el pecho de la madre, entre sus pechos y en decúbito ventral. Este método es útil mientras se realizan las técnicas necesarias. También se puede utilizar en momentos de espera de resultados, para calmar al bebe después de una técnica de enfermería como punciones venosas, capilares, sondaje vesical, lavado nasofaríngeo, etc. si por el motivo que fuese no está con lactancia materna.
- **Sacarosa al 24%:** vía oral. Más efectivo en <28 días.
- **Succión no nutritiva.**

→En niños mayores de 2 años:

- **Métodos de distracción:** todo lo que disminuya el dolor y la ansiedad en el niño, va a ayudar a que los padres estén más tranquilos.
 - Juegoterapia y musicoterapia
 - Técnicas de relajación
 - Realidad virtual

E) Protocolo de Presencia Familiar en procedimientos invasivos⁽⁸⁾⁽³³⁾:

Antes del procedimiento invasivo:

- En primer lugar se debe valorar si el entorno es adecuado. Es importante que el profesional que vaya a realizar y/o supervisar el procedimiento esté



de acuerdo y seguro de querer realizarlo. Hay que disponer del espacio y el tiempo suficientes para explicar el procedimiento a la familia y realizar la técnica cómodamente.

- Se debe respetar la objeción de conciencia del profesional sanitario: si no desea realizar la técnica con el familiar presente, delegará en otro compañero.
- Después, se debe comunicar y preguntar al resto de profesional sanitario para asegurar su apoyo.
- A continuación, ofrecer al familiar la posibilidad de estar presente durante el procedimiento. Explicarles en qué consiste, la posibilidad de fracaso o de necesitar varios intentos. Dejar un tiempo prudencial para que el familiar decida si quiere estar presente o no, respetando su decisión. Es una opción y no una obligación

Durante el procedimiento invasivo:

- El familiar debe permanecer al lado del paciente preferiblemente, centrado en tranquilizar y consolar al niño.
- Valorar que la actitud del familiar sea colaboradora; su presencia no debe interferir con el cuidado del paciente, considerar siempre la seguridad del equipo sanitario. En todo momento se le puede excluir si presenta un comportamiento no cooperativo, molesto, agresivo, con pérdida de autocontrol o está bajo la influencia de alcohol/drogas.
- En los procesos muy cruentos, como RCP, un profesional acompañará a la familia e irá explicando lo que se está realizando.

Después del procedimiento invasivo:

- Informar a la familia del éxito o fracaso y de qué hay que hacer a continuación.

F) **Anexos:** cómo es una propuesta de protocolo de un trabajo, el anexo se ha adjuntado en el Anexo 3 del trabajo.



ANEXO 2: Plan de cuidados de enfermería según NANDA, NOC y NIC.

NANDA→**ANSIEDAD [00146]**: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Las características definitorias que se pueden aplicar a los padres cuando van a Urgencias de Pediatría se encuentran en el Anexo 3.

NOC RELACIONADOS:

- **Nivel de ansiedad (1211)**: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable. Indicadores: desasosiego, impaciencia, manos húmedas, inquietud, tensión muscular, tensión facial, irritabilidad, indecisión, explosiones de ira, conducta problemática, dificultades para el aprendizaje, dificultades para resolver problemas, etc.

NIC RELACIONADOS:

- **Disminución de la ansiedad [5820]**: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. Actividades:
 - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
 - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
 - Escuchar con atención.



- Reforzar el comportamiento, según corresponda.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- **Apoyo emocional [5270]:** Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. Actividades:
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
 - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
 - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- **Escucha activa [4920]:** Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. Actividades:
 - Establecer el propósito de la interacción.
 - Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
 - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
 - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.



ANEXO 3: Características definitorias de la ansiedad

Angustia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Aumento de la desconfianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Indefensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Sufrimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Alteración de la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Contacto visual escaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Impaciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Inquietud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Aumento de la sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Temblor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Tensión facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No
Voz temblorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No

Documento de elaboración propia, basada en NANDA-NOC-NIC. Son las características definitorias que se pueden aplicar a la ansiedad que sufren los padres en Urgencias de Pediatría.



ANEXO 4: Escalas para valorar la ansiedad y el dolor

Escalas para valorar ansiedad:

- E. de STAI estado/rasgo
- E. de Hamilton (valora si es una ansiedad psíquica o somática)
- E. de EADG (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg)
- E. de HAD (relaciona hospital-ansiedad- depresión)
- E. de ansiedad estado/rasgo STAI

Escalas para valorar dolor:

- E. de FLACC
- E. de NIMS
- E. de caras de Wong-Baker
- E. Visual analógica (EVA)



ANEXO 5: Artículos de Presencia Familiar (PF) en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP)

Título / Autores	País y Año	Base de datos	Resumen
Presencia de los familiares en los procedimientos realizados en Urgencias de Pediatría: opinión de la familia y de los profesionales ⁽⁸⁾ Gloria Santos González; Rosa Jiménez Tomás y Jesús Sánchez	España 2010	Dialnet	2 estudios observacionales descriptivos transversales realizados en el Hospital de Cruces, en Bilbao. Entre los familiares, el deseo de PF fue inversamente proporcional al grado de invasividad del procedimiento. El 80 % de los padres opinaron que la PF puede ser beneficiosa. La madre era el familiar que acompañaba en el 74% de los casos. El 70% de los profesionales sanitarios pensaron que puede ser beneficiosa.
Presencia Familiar durante los procedimientos invasivos en urgencias de Pediatría: Opinión de los profesionales ⁽²⁹⁾ L.I.González Granado; F.Gómez Sáez ; V. Pérez Alonso et al.	España 2008	Dialnet	Estudio observacional descriptivo. Encuesta anónima a los profesionales sanitarios del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, sobre la PF. El 62% de ellos opinan que la PF es beneficiosa para el niño; el 26% que beneficia al profesional sanitario y el 55% que beneficia a los familiares. El 55% de los encuestados piensan que debe ser la persona que realice la técnica si puede haber familiares presentes o no. Hay diferencias estadísticamente significativas entre el personal, sea médico o no (enfermeras y auxiliares). También se vio reflejada la “jerarquía de la invasividad”.



¿Están presentes los padres durante los PI? Estudio en 32 hospitales de España ⁽²⁸⁾ C. Luaces Cubell*; A.Gamell Fullá; C.Parra Cotanda, et al.	España 2010	Science Direct	Estudio descriptivo multicéntrico. Encuestas a los responsables de 42 hospitales de los SUP de España, para conocer la opinión de los profesionales sanitarios de su servicio en relación a la PF. De 32 hospitales que respondieron, 21 realizan a veces PF. En general los sanitarios están poco de acuerdo, sobre todo en las técnicas más invasivas.
¿Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? ⁽⁷⁾ C. Parra Cotanda*; J. Ángel Solá, ;S. Sagué Bravo; et al.	España 2015	Dialnet	Estudio descriptivo multicéntrico comparativo. Participaron 22 hospitales con SUP de España. La PF aumenta respecto a 2008, sobre todo en extracción de sangre y sondaje vesical. Sigue siendo escasa en los PI más invasivos. Los responsables objetan menos motivos para restringirla pero el grado de acuerdo del personal sanitario apenas ha cambiado.
Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos ⁽³³⁾ C. Martínez Moreno*; C.Castro; A. Palacios Cuesta et al	España 2012	Dialnet	Estudio observacional descriptivo. Se diseñó un protocolo de actuación y se enseñó al personal sanitario del Hospital Universitario "12 de Octubre". Se obtuvieron las opiniones de los niños, de los padres y del profesional sanitario. El 100% de los niños querían que sus padres estuviesen presentes. El 90% de los familiares y el 76% de los profesionales sanitarios opinaron que había sido beneficioso para el niño. El 73% de los profesionales quedaron satisfechos. El 95 % de los padres opinaron que se debería dar la opción a los familiares de la PF.



Procedimientos invasivos en urgencias ¿los familiares prefieren estar presentes? ⁽³⁶⁾ V. Pérez Alonso; F. Gómez Sáez; L.I. González-Granado et al.	España 2009	Dialnet	Estudio observacional descriptivo, Hospital 12 de Octubre, Madrid. Se evalúa la opinión de los padres en cuanto si quieren estar presentes o no durante los PI. Se realizó un total de 98 encuestas. La mayoría de los familiares cree que la decisión de estar o no presente deben tomarla los profesionales sanitarios, especialmente cuanto más invasivo es el PI.
Presencia familiar en procedimientos de enfermería ⁽³⁷⁾ M.C. Ignacio Cerro; M.A. Jiménez Carrascosa; M.C. Pascual Fernández et al.	España 2008	Dialnet	Estudio prospectivo observacional en el hospital Gregorio Marañón, Madrid. El 94,48% de los familiares que acompañaron a sus hijos piensan que su presencia es beneficiosa para sus hijos. El 80,1% del profesional de enfermería piensa que la PF ha beneficiado a los niños. La realización de la técnica ha resultado satisfactoria para un 86,8% de los niños acompañados frente a los 70% de los niños que permanecieron solos.

