



Facultad de
Enfermería

Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019 – 2020
Trabajo de Fin de Grado

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
HOSPITALIZADO

Inés Seisdedos Caballero

Tutor: José Luis Viaña Caballero

RESUMEN

Introducción y justificación: La hospitalización infantil y adolescente es un acontecimiento trascendental que, motivado por ciertas variables individuales, familiares y hospitalarias, desencadena múltiples respuestas psicosociales a corto y largo plazo (oposición, mutismo, agresividad, temor, regresión psíquica, depresión, alteración cognitiva, ansiedad, dolor...).

Objetivos: Exponer el impacto psicológico y social sobre el niño y el adolescente hospitalizado, así como sobre su familia.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica entre diciembre de 2019 y mayo de 2020. La búsqueda bibliográfica fue realizada a través de PubMed, SciELO, LILACS, Cochrane Library Plus, Dialnet, Google Académico y la Biblioteca de la Universidad de Valladolid.

Resultados: Tras la selección bibliográfica, se obtuvieron 51 artículos. Los cuidados de Enfermería engloban las fases de valoración, diagnóstico, planificación de resultados e intervenciones, ejecución y evaluación. Entre los dominios de salud afectados en el niño y el adolescente hospitalizado, destacan el confort y el afrontamiento al estrés. El dolor es abordado con escalas evaluativas fisiológicas y conductuales y medidas de alivio farmacológicas y no farmacológicas. Ante la ansiedad, el juego conforma una efectiva estrategia terapéutica.

Discusión: Las futuras líneas de investigación podrían dirigirse a los cuidados centrados en la familia, el ingreso hospitalario diferenciado de los adolescentes y la inclusión de los nuevos avances tecnológicos en la hospitalización pediátrica.

Conclusiones: La enfermera debe ser consciente de la repercusión psicológica – social de la enfermedad, la cirugía o la hospitalización para proporcionar una asistencia sanitaria multidimensional, integral y holística a los niños, adolescentes y familiares.

Palabras clave: Niño hospitalizado, dolor, ansiedad, juego, cuidados de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction and justification: Child and adolescent hospitalization is a transcendental event that, motivated by certain individual, family and hospital variables, triggers multiple short and long – term psychosocial responses (opposition, mutism, aggressiveness, fear, psychic regression, depression, cognitive impairment, anxiety, pain...).

Objectives: To expose the psychological and social impact on the hospitalized child and adolescent, as well as on their family.

Material and methods: A bibliographic review was carried out between December 2019 and May 2020. The bibliographic search was performed through PubMed, SciELO, LILACS, Cochrane Library Plus, Dialnet, Google Scholar and the Library of the University of Valladolid.

Results: After bibliographic selection, 51 articles were obtained. Nursing care encompasses the phases of assessment, diagnosis, planning of outcomes and interventions, implementation and evaluation. Among the health domains affected in the hospitalized child and adolescent, comfort and coping with stress stand out. Pain is addressed with physiological and behavioral rating scales and pharmacological and non – pharmacological relief treatments. Regarding anxiety, play conforms an effective therapeutic strategy.

Discussion: Future lines of investigation could be directed towards family – centered care, the differentiated internment of adolescents and the inclusion of new technological advances in pediatric hospitalization.

Conclusions: The nurse must be aware of the psychological – social repercussion of disease, surgery or hospitalization to provide multidimensional, integral and holistic healthcare to children, adolescents and family members.

Key words: Hospitalized child, pain, anxiety, play, nursing care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción y justificación	1
2. Objetivos.....	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos.....	7
3. Material y métodos.....	8
4. Resultados.....	10
Cuidados de Enfermería en el Niño y el Adolescente Hospitalizado.....	11
5. Discusión	21
6. Conclusiones	22
7. Bibliografía.....	23
8. Anexo	29
Anexo I. Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Parlamento Europeo, 1986)...	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de Pediatría en 2018.....	2
Tabla 2. Plan de Cuidados de Enfermería en el Niño y el Adolescente Hospitalizado ..	12
Tabla 3. Escalas evaluativas del dolor pediátrico.....	17
Tabla 4. Escalera de analgesia.....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables influyentes en la hospitalización pediátrica.....	5
Figura 2. Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica.....	10

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. TAC del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia	20
Imagen 2. Cine del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza	20

ABREVIATURAS

- ACT: Actividad.
- ANA: American Nurses Association / Asociación Americana de Enfermeras.
- CD: Características Definitorias.
- DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.
- EMH: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
- EVA: Escala Visual Analógica.
- EVC: Escala Visual Categórica.
- EVN: Escala Visual Numérica.
- FPS – R: Faces Pain Scale – Revised / Escala de Dolor Facial – Revisada.
- FR: Factores Relacionados.
- IASP: International Association for the Study of Pain / Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
- IND: Indicador.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- LLANTO: Llanto, Actitud, Normorrespiración, Tono postural, Observación facial.
- MeSH: Medical Subject Headings / Encabezados de Temas Médicos.
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association / Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.
- NCBI: National Center of Biotechnology Information / Centro Nacional de Información Biotecnológica.
- NIC: Nursing Interventions Classification / Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- NOC: Nursing Outcomes Classification / Clasificación de Resultados de Enfermería.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PAE: Proceso de Atención de Enfermería.
- UNICEF: United Nations Children’s Fund / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

A lo largo de la historia, la **hospitalización pediátrica** ha experimentado una gran evolución. En la antigüedad, el término salud se oponía al de enfermedad. La infancia y la adolescencia no existían, como tal, sino que los niños eran vistos como adultos en miniatura. Todos los esfuerzos se centraban en la restauración de una salud, estrictamente, física (1, 2). A menudo, se priorizaba la comodidad del profesional frente al bienestar del individuo. El acompañamiento familiar estaba prohibido, ya que suponía un riesgo de transmisión de infecciones y una fuente constante de demandas hacia las enfermeras y los médicos. Solo se admitían visitas cuando el sujeto estaba en lactancia materna o en una crítica condición de salud. Además, había teorías erróneas sobre el dolor infantil. Entre otras, se asociaba la inmadurez neurológica del neonato a una menor intensidad del dolor y la administración de la analgesia, en consecuencia, era excepcional (3, 4).

Hasta la Revolución Francesa (1789 – 1799), era habitual que niños y adultos compartiesen el espacio hospitalario. En 1802, se fundó el primer hospital pediátrico del mundo, conocido como Hôpital des Enfants Malades de París. Esta tendencia se expandió por Europa y llegó a Madrid en 1877, donde fue inaugurado el Hospital Infantil del Niño Jesús (5).

Tras la II Guerra Mundial (1939 – 1945), se comenzaron a establecer los cimientos de la Psicología y la Pediatría contemporánea. En 1946, la OMS (Organización Mundial de la Salud) definió la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (6). Era la primera vez que la salud era abordada en sentido positivo con un enfoque psicológico y social. No obstante, esta descripción fue calificada de estática, subjetiva y utópica. Actualmente, la salud se considera un recurso para la vida en continua interacción con la enfermedad (1).

El 13 de mayo de 1986, el Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Anexo I). Esta declaración está formada por 23 derechos ineludibles, entre los que destacan la educación y el juego. Siempre que sea posible, se evitará el internamiento para prevenir ese malestar psicosocial. En las últimas décadas, se ha puesto en marcha la hospitalización parcial o diurna y la hospitalización domiciliaria. Asimismo, si no hay una contraindicación, la familia está presente durante todo el proceso y participa, activamente, en el cuidado del paciente (7).

La Pediatría es una rama básica de la sanidad pública y privada en España (8). Desde 1977, el INE (Instituto Nacional de Estadística) publica la EMH (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria). Es una operación estadística demográfico – sanitaria elaborada gracias a la recopilación de datos administrativos (edad, sexo, fecha de ingreso y alta...) y clínicos (diagnóstico...), a nivel provincial y nacional, en un año de referencia. Las cifras registradas en 2018 muestran una estancia intrahospitalaria media de 5,25 días en pacientes menores de 14 años. Los motivos de ingreso hospitalario más frecuentes fueron los trastornos relacionados con una gestación acortada y un bajo peso en el nacimiento, la neumonía y las enfermedades del apéndice en la población menor de un año, entre 1 – 4 años y entre 5 – 14 años, respectivamente (Tabla 1) (9).

Tabla 1. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de Pediatría en 2018 (9)

<u>EMH (0 – 14 años en 2018)</u>		
<u>Diagnóstico</u>	<u>Número de casos</u>	<u>Número de días</u>
Enfermedad infecciosa y/o parasitaria	67.066	4,13
Neoplasia	52.803	9,06
Enfermedad de la sangre, los órganos hematopoyéticos y/o trastorno inmunitario	28.532	6,27
Enfermedad endocrina, nutricional y/o metabólica	28.868	6,09
Trastorno del comportamiento y/o mental	44.823	7,85
Enfermedad del sistema nervioso	52.130	5,27
Enfermedad del ojo y/o anexos	7.688	3,39
Enfermedad del oído y/o apófisis mastoides	14.675	2,92
Enfermedad del aparato circulatorio	19.692	7,44
Enfermedad del aparato respiratorio	326.261	3,55
Enfermedad del aparato digestivo	110.017	3,46
Enfermedad de la piel y/o tejido subcutáneo	20.721	4,07
Enfermedad del aparato músculoesquelético y/o tejido conectivo	35.529	5,62
Enfermedad del aparato genitourinario	53.981	3,74
Embarazo, parto y/o puerperio	450	3,15
Enfermedad de origen perinatal	550.276	11,84
Anomalía congénita	116.216	5,57
Hallazgo de laboratorio y/o clínico anormal	71.680	2,85
Accidente (traumatismo, envenenamiento...)	75.441	3,28
Contacto con el servicio sanitario	50.890	4,08
Alta sin diagnóstico	5.967	6,65

(Elaboración propia)

El **síndrome de hospitalismo** fue descrito por René Spitz (10) como *“un deterioro progresivo que aparece en los niños hospitalizados [...] y que no puede atribuirse ni a infecciones ni a deficiencias higiénicas, sino a la propia reclusión en el centro hospitalario”* (p48). Esto se debe a que, a diferencia de lo que ocurre en la hospitalización de los adultos, los infantes no solicitan la asistencia sanitaria y no terminan de entender lo que es la enfermedad y la muerte.

Entre las reacciones usuales, se encuentran las conductas de oposición, mutismo y agresividad. Reaparecen miedos primitivos y fobias (oscuridad, agujas, trabajadores del sistema sanitario, centro de salud y hospital, soledad...) e, incluso, pesadillas y terrores nocturnos (11). En el caso de las estancias hospitalarias prolongadas, los niños más pequeños son el colectivo de mayor susceptibilidad a tener secuelas, pues no tienen una conciencia temporal real, es decir, no hay una clara distinción entre semanas y meses. Este incidente da lugar a desórdenes en el apetito, el control de esfínteres y el sueño. Muchos pacientes sufren una regresión a estadios previos del desarrollo psíquico, presentando enuresis o encopresis secundaria. El trastorno afectivo más grave es la depresión, cuya prevalencia es superior en el sexo femenino y la adolescencia. Otras alteraciones cognitivas son el déficit de atención, la hiperactividad, el retraso en el habla y el lenguaje, la dificultad para tomar decisiones y solventar conflictos... (12, 13).

Una de las emociones predominantes durante la hospitalización infantil y adolescente es la ansiedad. Es un mecanismo defensivo caracterizado por la preparación psicofísica y la activación de alerta ante un peligro. Cuando no hay un estímulo desencadenante o provoca un bloqueo total, hablamos de una ansiedad patológica. Es inversamente proporcional a la edad y superior en el sexo masculino; aumenta a partir de la segunda noche en el hospital y se mantiene los días siguientes. Se calcula que un 30% de los niños hospitalizados padecen una somatización ansiosa (excitación cardiovascular, disnea, náuseas y vómitos, anorexia, insomnio, polaquiuria y diarrea, diaforesis, xerostomía, cefalea, entumecimiento u hormigueo, escalofríos, temblor, fatiga, mareo...) (14, 15).

Según la IASP (International Association for the Study of Pain), el dolor es *“una experiencia sensorial – emocional desagradable ocasionada por un daño tisular [...]”* (16). Se estima que un 77% de los pacientes de urgencias y hospitalización pediátrica tienen dolor y entre el 25 – 50% de ellos no saben cuantificarlo (17, 18). Este hecho perjudica, negativamente, a su salud mental y calidad de vida.

No existe una respuesta universal a la hospitalización, sino que entran en escena múltiples **variables personales, familiares y hospitalarias** (Figura 1) (19).

Algunos de los factores individuales de mayor relevancia son la edad, el desarrollo biopsicosocial y el temperamento del sujeto. Los recién nacidos (28 días) y lactantes (28 días – 24 meses) dependen de sus cuidadores para sentirse cómodos y seguros. Pese a ser tan pequeños, advierten los cambios anímicos en sus progenitores. Fomentar el vínculo maternofilial es la máxima prioridad (20).

En la etapa preescolar (3 – 6 años) persiste el pensamiento egocéntrico y mágico, de manera que se interpretan la enfermedad o las técnicas invasivas (punción intravenosa, sondaje nasogástrico o vesical...) como un castigo y la muerte como algo reversible. John Bowlby (21), pionero en la Teoría del Apego, estudió el temor al abandono y la “*ansiedad de separación*” de la madre en los niños hospitalizados. El juego será indispensable, ya que enriquece la imaginación y la creatividad (20, 22).

Durante la etapa escolar (6 – 12 años), los niños empiezan a mostrar más curiosidad por la fisiopatología de la enfermedad y tienen una noción más sólida de la muerte. La pérdida de intimidad o control sobre habilidades ya adquiridas suscita una enorme frustración. Los amigos y compañeros del colegio se convierten en el centro de interés, por lo que el absentismo escolar y el bajo rendimiento académico pueden originar problemas de autoestima (20, 22).

La adolescencia (12 – 18 años) se caracteriza por la transición de la etapa infantil a la adulta y la construcción de la identidad personal. Al contrario que en las anteriores edades, el adolescente comprende su realidad. La dependencia parental, la falta de aceptación entre iguales y la distorsión de la imagen corporal (por ejemplo, cicatriz tras cirugía o caída de cabello por quimioterapia) son peor toleradas por los jóvenes (20, 23).

Hay que tener en cuenta los antecedentes de enfermedad y hospitalización, la naturaleza de la patología (pronóstico, discapacidad, dolor...)... Por un lado, las enfermedades agudas son percibidas como una amenaza; por otro lado, las enfermedades crónicas implican un alargamiento de la permanencia hospitalaria y un cambio irreversible en su vida. Respecto a las intervenciones quirúrgicas, la mutilación y la anestesia son las preocupaciones más comunes. Hoy en día, se dispone de programas de preparación psicológica para reducir la ansiedad preoperatoria y agilizar la recuperación postoperatoria en las cirugías programadas (24, 25).

La familia desempeña un papel imprescindible en la salud pediátrica. La dinámica familiar, el nivel académico – cultural, el estatus socio – económico... influyen, notablemente, en esta vivencia (26). Hay autores que llegan a afirmar que “*no hay niños enfermos, sino familias enfermas*” (3). El ingreso hospitalario de un miembro familiar repercute en el rol de cada integrante, así como en el funcionamiento global. El contagio emocional es un fenómeno inconsciente y automático mediante el cual una emoción es transmitida de una persona a otra. Así, la intranquilidad de los progenitores es trasladada al paciente (27). El círculo familiar se pone de acuerdo, muchas veces, para ocultar información al niño con la intención de protegerle; sin embargo, esta práctica solo intensifica la desconfianza y la incertidumbre. Los padres pasan por una fase de incredulidad, culpabilidad e impotencia ante el shock del diagnóstico y adoptan una postura de excesiva permisividad. En ocasiones, surge una especie de rivalidad hacia el personal de Enfermería, puesto que se sienten insuficientes para atender a su hijo. Los hermanos suelen tener celos porque sus padres les dedican mucho menos tiempo. Poco a poco, se consigue hacer frente a esa adversidad y alcanzar la estabilidad familiar (28, 29). Finalmente, el entorno hospitalario, en sí, genera estrés. El hospital es un ambiente extraño para el sujeto; desde el edificio y sus pasillos, hasta el cuarto y la cama en la que tiene que dormir. Su rutina es sustituida por un ritmo de actividad monótono de un día para otro. Los turnos de trabajo del equipo sanitario le obligan a entrar en contacto con muchas enfermeras, auxiliares, celadores, médicos... Además, estos profesionales se relacionan con procedimientos dolorosos (24). En la actualidad, las Unidades de Pediatría están dotadas de un diseño moderno con abundantes estímulos, un aula hospitalaria y una ludoteca (30, 31, 32).

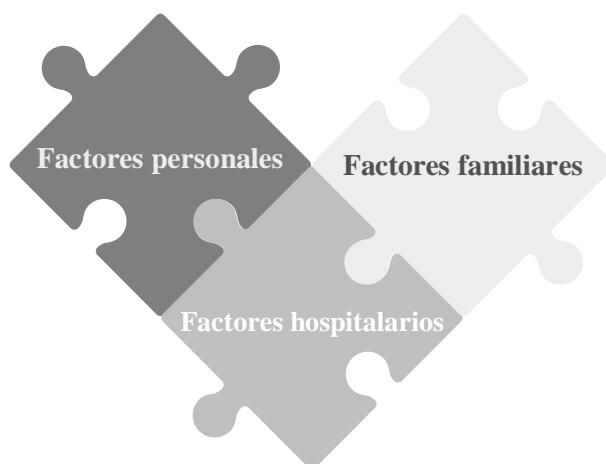


Figura 1. Variables influyentes en la hospitalización pediátrica (19)
(Elaboración propia)

El niño hospitalizado atraviesa por una “*montaña rusa*” de emociones en el **proceso enfermedad – hospitalización** (19, 20). El psicoanalista James Robertson (33) delimitó cuatro fases:

1. Fase de protesta: Las primeras horas (o los primeros días) están marcados por una sensación de angustia y una actitud de rebeldía. El niño llora desconsoladamente, rechaza a cualquier adulto que no sean sus padres y se refugia en objetos con un alto valor sentimental.
2. Fase de desesperación: El comportamiento del niño denota un profundo desaliento y pesimismo. Aparece una apatía y ciertos movimientos repetitivos, como chuparse el dedo o replegarse y balancearse sobre sí mismo.
3. Fase de negación o desligamiento materno: No es más que un modo de contener sus verdaderos impulsos para, aparentemente, estar feliz. Observamos una total indiferencia, el distanciamiento de la madre y la aceptación pasiva de los cuidadores.
4. Fase de adaptación: Comienza a recuperarse el equilibrio cognitivo – afectivo. Se reanuda la comunicación verbal, el juego y la interacción con sus progenitores. Hay una relación reacción – suceso (por ejemplo, llanto en una inyección subcutánea o intramuscular) y es capaz de compartir sus sentimientos.

Este Trabajo de Fin de Grado busca sensibilizar a la Enfermería sobre la repercusión psicológica y social de la hospitalización pediátrica. Citando el Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia de UNICEF (United Nations Children’s Fund) del 30 de septiembre de 1990, “*no hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana*” (34). El cumplimiento de los derechos infantiles es responsabilidad y obligación de los adultos. El niño y el adolescente hospitalizado se enfrentan a una situación de tensión y fragilidad. Asimismo, al encontrarse en pleno crecimiento y desarrollo, requieren de un especial cuidado. La enfermera debe ser consciente de esta vulnerabilidad y tratar con empatía al paciente y a su familia, con el fin de que la experiencia no sea traumática, sino enriquecedora.

2. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Exponer el impacto psicológico – social sobre el niño y el adolescente hospitalizado, así como sobre su familia.

Objetivos específicos:

1. Analizar la evaluación y el manejo del dolor infantil y adolescente por los profesionales de Enfermería.
2. Identificar el juego como estrategia terapéutica ante la ansiedad en la hospitalización pediátrica.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica en materia de cuidados de Enfermería en los niños y adolescentes hospitalizados. El periodo de investigación abarcó desde diciembre de 2019 hasta mayo de 2020.

Las fuentes bibliográficas consultadas fueron las bases de datos MEDLINE, a través del navegador de PubMed del NCBI (National Center of Biotechnology Information), SciELO, LILACS, Cochrane Library Plus, Dialnet y Google Académico. También, se hizo uso del catálogo de Almena y el repositorio UVaDoc de la Biblioteca de la Universidad de Valladolid.

El Plan de Cuidados de Enfermería fue construido con la herramienta online NNNConsult.

Además, se visualizaron diversas webs de organismos oficiales como la OMS, el INE, la IASP, la ANA y UNICEF. El acceso a textos legislativos de la Unión Europea fue posible gracias al servicio electrónico EUR – Lex.

Los términos de búsqueda bibliográfica empleados fueron los descriptores del MeSH (Medical Subject Headings), tesoro de PubMed en inglés, y sus equivalentes en castellano del DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud):

- “Anxiety” / “Ansiedad” (D001007).
- “Psychology, Child” / “Psicología Infantil” (D002666).
- “Child, Hospitalized” / “Niño Hospitalizado” (D002673).
- “Nursing Care” / “Atención de Enfermería” (D009732).
- “Pain” / “Dolor” (D010146).
- “Play and Playthings” / “Juego e Implementos de Juego” (D010988).

Con el objetivo de acotar la búsqueda bibliográfica, se usaron operadores lógicos o booleanos (“AND”) y operadores de exactitud o truncamiento (*).

Así, algunas de las combinaciones eran:

- “Child, Hospitalized” AND “Psychology, Child” AND “Nursing Care”.
- “Child, Hospitalized” AND “Nursing Care” AND “Pain”.
- “Child, Hospitalized” AND “Nursing Care” AND “Anxiety”.
- “Nursing Care” AND “Anxiety” AND “Play and Playthings”.

La selección bibliográfica se efectuó conforme a varias pautas de cribado. Los criterios de inclusión reunían:

- Artículos con texto gratuito y completo.
- Artículos en inglés, español y portugués.
- Artículos divulgados entre 2010 y 2020.
- Artículos orientados a la población de 0 a 18 años.
- Artículos orientados a las cuestiones psicológicas y sociales.

Al principio, solo se contó con artículos divulgados entre 2015 y 2020 pero, ante la escasa cantidad de resultados, se decidió ampliar el marco temporal a 10 años.

Otros filtros aplicados fueron: “*Humans*” y “*Child: Birth – 18 years*” en PubMed y “*Health Sciences*” y “*Human Sciences*” en SciELO.

Los criterios de exclusión descartaban:

- Artículos con texto parcial e incompleto.
- Artículos en idiomas distintos al inglés, español y portugués.
- Artículos divulgados antes de 2010.
- Artículos orientados a la población de más de 18 años.
- Artículos orientados a las cuestiones físicas y biológicas.

Como gestor de referencias bibliográficas, se utilizó el programa informático Mendeley.

4. RESULTADOS:

Una vez hecha la búsqueda bibliográfica, se realizó una selección bibliográfica (Figura 1). En primer lugar, se filtraron los estudios repetidos o que, al leer su título y resumen, cumplían los criterios de exclusión. En segundo lugar, y tras una lectura comprensiva, se eliminaron aquellas publicaciones que no cumplían los criterios de inclusión, no tenían suficiente evidencia o no aportaban información útil.

Así, la bibliografía consta de 51 artículos, perteneciendo 20 a PubMed, 16 a SciELO, 1 a LILACS, 2 a Cochrane Library Plus, 6 a Dialnet y 6 a Google Académico.

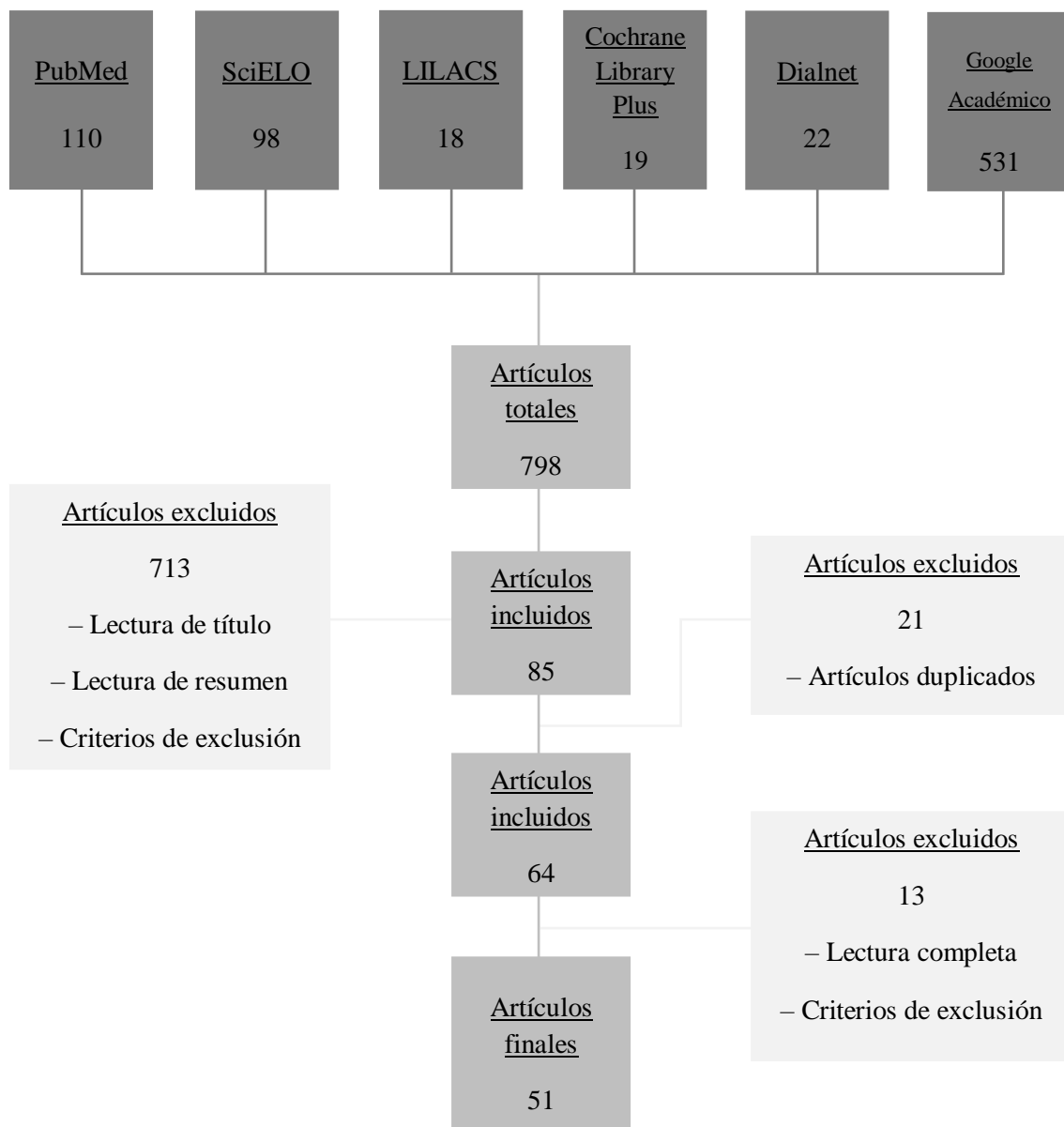


Figura 2. Diagrama de flujo de búsqueda y selección bibliográfica (Elaboración propia)

Cuidados de Enfermería en el Niño y el Adolescente Hospitalizado:

Tal y como sostiene la ANA (American Nurses Association), “*la Enfermería es el arte y la ciencia de cuidar*” (35). El PAE (Proceso de Atención de Enfermería) es un método sistemático, cíclico y flexible empleado en el medio sanitario para estructurar el cuidado en personas, familias, grupos o comunidades. Representa el eje de la profesión enfermera (36).

La primera etapa, y la más importante, es la valoración porque de ella depende el éxito del PAE. Consiste en la búsqueda y la recogida de información objetiva y subjetiva mediante la observación y la exploración física del niño o adolescente, la entrevista con sus familiares y el análisis de su historia clínica. Estos datos son clasificados a través de una Teoría de Enfermería, como el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson o el Modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon (37).

Posteriormente, se procede a su síntesis para formular un diagnóstico. Es un juicio clínico referido a la respuesta humana física, psicológica, socio – cultural o religiosa – espiritual ante un problema de salud real o potencial. Puede ser un diagnóstico real, de síndrome, de riesgo, de promoción de la salud o de salud (37).

Durante la planificación, se detallan los objetivos y las actividades jerarquizadas. La taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) – NOC (Nursing Outcomes Classification) – NIC (Nursing Interventions Classification) permite estandarizar estos diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería, así como sus CD (Características Definitivas), FR (Factores Relacionados), IND (Indicadores) y ACT (Actividades). Además, se gestionan el tiempo y los recursos sanitarios (37).

En la Tabla 2 se propone un **Plan de Cuidados de Enfermería** para un niño o adolescente hospitalizado, basándonos en las áreas psicosociales afectadas (promoción de la salud, percepción y cognición, autopercepción, rol y relaciones, afrontamiento y tolerancia al estrés, confort, crecimiento y desarrollo) (38).

En la ejecución se ponen en marcha estos cuidados. El registro enfermero actúa como herramienta de cooperación asistencial y respaldo legal (37, 39).

Después de su implementación, y constantemente en cada una de las fases, se lleva a cabo una evaluación. Si al comparar los objetivos fijados y logrados, no hubiese una mejoría, se volvería a la valoración para confeccionar un nuevo PAE (37).

Tabla 2. Plan de Cuidados de Enfermería en el Niño y el Adolescente Hospitalizado (38)

<u>Plan de Cuidados de Enfermería en el Niño y el Adolescente Hospitalizado</u>					
<u>Dominio 1 – Promoción de la salud:</u> Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control.					
<u>Clase 1 – Toma de conciencia de la salud:</u> Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.					
<u>NANDA [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas:</u> Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades de tiempo libre.					
<u>NOC [0116] Participación en juegos:</u> Realización de actividades divertidas y entretenidas por parte de un niño para fomentar habilidades sociales y físicas apropiadas a su edad.			<u>NOC [1604] Participación en actividades de ocio:</u> Uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar.		
<u>NIC [4320] Terapia asistida con animales:</u> Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación.	<u>NIC [4430] Terapia con juegos:</u> Utilización intencionada de juguetes para ayudar a los niños en su percepción, conocimiento e interacción con el mundo.	<u>NIC [5320] Humor:</u> Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo para establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar el aprendizaje o enfrentarse a sentimientos dolorosos.	<u>NIC [4330] Arteterapia:</u> Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.	<u>NIC [4400] Musicoterapia:</u> Utilización de la música para conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.	<u>NIC [4680] Biblioterapia:</u> Utilización de la literatura para potenciar la introspección y resolución activa de problemas.
<u>Dominio 5 – Percepción y cognición:</u> Sistema de procesamiento de la información que incluye la atención, orientación, percepción, cognición y comunicación.					
<u>Clase 4 – Cognición:</u> Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.					
<u>NANDA [00126] Conocimientos deficientes:</u> Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición.					
<u>NOC [1803] Conocimiento – Proceso de la enfermedad:</u> Grado de conocimiento sobre una enfermedad y las complicaciones potenciales.		<u>NOC [1814] Conocimiento – Procedimiento terapéutico:</u> Grado de conocimiento sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico.			
<u>NIC [5602] Enseñanza – Proceso de enfermedad:</u> Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.		<u>NIC [5618] Enseñanza – Procedimiento y/o tratamiento:</u> Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.	<u>NIC [7310] Cuidados de enfermería al ingreso:</u> Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.	<u>NIC [7370] Planificación para el alta:</u> Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro.	

<u>Dominio 6 – Autopercepción: Conciencia de sí mismo.</u>			
<u>Clase 2 – Autoestima: Valoración de la propia valía, capacidad, trascendencia y éxito.</u>			
<u>NANDA [00120] Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.</u>			
<u>NOC [1200] Imagen corporal: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</u>		<u>NOC [1205] Autoestima: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</u>	<u>NOC [1305] Modificación psicosocial – Cambio de vida: Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.</u>
<u>NIC [4364] Elogio: Proporcionar afirmaciones de estimación y admiración para identificar y resaltar los puntos fuertes y capacidades presentes en el individuo, la familia o la comunidad.</u>	<u>NIC [5220] Mejora de la imagen corporal: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</u>	<u>NIC [5400] Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</u>	<u>NIC [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</u>
<u>Dominio 7 – Rol y relaciones: Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en la que se demuestran.</u>			
<u>Clase 2 – Relaciones familiares: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.</u>			
<u>NANDA [00060] Interrupción de los procesos familiares: Interrupción en la continuidad del funcionamiento familiar, que no es capaz de mantener el bienestar de sus miembros.</u>			
<u>NOC [2601] Clima social de la familia: Capacidad de una familia para proporcionar un entorno favorable caracterizado por relaciones y los objetivos de los miembros de la familia.</u>	<u>NOC [2605] Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional: Capacidad de la familia para participar en la toma de decisiones, la prestación de la asistencia y la evaluación de la asistencia proporcionada por el personal sanitario.</u>	<u>NOC [2604] Normalización de la familia: Capacidad de la familia para desarrollar estrategias para el funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica o discapacidad.</u>	
<u>NIC [5100] Potenciación de la socialización: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</u>	<u>NIC [7170] Facilitar la presencia de la familia: Facilitar la presencia de la familia para apoyar a un individuo que esté recibiendo reanimación y/o procedimientos invasivos.</u>	<u>NIC [7130] Mantenimiento de procesos familiares: Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</u>	<u>NIC [7200] Fomentar la normalización familiar: Ayudar a los progenitores y otros familiares de niños con enfermedades a tener experiencias vitales normales.</u>

<u> dominio 9 – Afrontamiento y tolerancia al estrés: Convivir con los eventos y/o procesos vitales.</u>			
<u> Clase 1 – Respuestas postraumáticas: Reacciones tras un trauma físico o psicológico.</u>			
<u> NANDA [00114] Síndrome de estrés del traslado: Trastorno físico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.</u>			
<u> NOC [1301] Adaptación del niño a la hospitalización: Respuesta adaptativa a la hospitalización del niño de 3 hasta los 17 años.</u>		<u> NOC [1311] Adaptación al traslado: Respuesta emocional y conductual adaptativa de un individuo cognitivamente sano a un cambio necesario en el entorno de vida.</u>	
<u> NIC [7460] Protección de los derechos del paciente: Protección de los derechos de un paciente, sobre todo si es menor, discapacitado o incapacitado legalmente y no puede tomar decisiones.</u>	<u> NIC [5350] Disminución del estrés por traslado: Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro.</u>	<u> NIC [6480] Manejo ambiental: Manipulación del entorno del paciente para conseguir interés sensorial y bienestar psicológico.</u>	
<u> Clase 2 – Respuestas de afrontamiento: El proceso de gestionar el estrés del entorno.</u>			
<u> NANDA [00146] Ansiedad: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro; señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</u>			
<u> NOC [1211] Nivel de ansiedad: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</u>	<u> NOC [1402] Autocontrol de la ansiedad: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</u>		
<u> NIC [5820] Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</u>	<u> NIC [4350] Manejo de la conducta: Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa.</u>	<u> NIC [4920] Escucha activa: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.</u>	
<u> NANDA [00212] Disposición para mejorar la resiliencia: Patrón de capacidad para recuperarse de una situación percibida como adversa o cambiante, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede ser reforzado.</u>			
<u> NOC [1309] Resiliencia personal: Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.</u>		<u> NOC [2608] Resiliencia familiar: Capacidad de la familia para una adaptación y funcionamiento positivos después de una adversidad o crisis significativa.</u>	
<u> NIC [5230] Mejorar el afrontamiento: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en la vida.</u>	<u> NIC [8340] Fomentar la resiliencia: Ayudar en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.</u>	<u> NIC [7040] Apoyo al cuidador principal: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.</u>	<u> NIC [7280] Apoyo de hermanos: Ayudar al hermano del paciente a afrontar la enfermedad, estado crónico o discapacidad de este.</u>

<u>Dominio 12 – Confort</u> : Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.					
<u>Clase 1 – Confort físico</u> : Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor.					
<u>NANDA [00132] Dolor agudo</u> : Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y con una duración inferior a 3 meses.					
<u>NOC [1605] Control del dolor</u> : Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.			<u>NOC [2102] Nivel del dolor</u> : Intensidad del dolor referido o manifestado.		
<u>NIC [1380] Aplicación de calor o frío</u> : Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor o la inflamación.	<u>NIC [2210] Administración de analgésicos</u> : Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.	<u>NIC [5580] Información preparatoria – Sensorial</u> : Descripción de las sensaciones y hechos normales asociados con un procedimiento y/o tratamiento estresante.	<u>NIC [5900] Distracción</u> : Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.	<u>NIC [6000] Imaginación simple dirigida</u> : Utilización intencionada de la imaginación para conseguir apartar la atención de sensaciones indeseables.	<u>NIC [6040] Terapia de relajación</u> : Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación para disminuir los signos y síntomas indeseables, como dolor, tensión muscular o ansiedad.
<u>Dominio 13 – Crecimiento y desarrollo</u> : Aumento de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas de desarrollo.					
<u>Clase 2 – Desarrollo</u> : Progresión o regresión a través de una secuencia de hitos reconocidos en la vida.					
<u>NANDA [00112] Riesgo de retraso en el desarrollo</u> : Susceptible de sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud.					
<u>NOC [1902] Control del riesgo</u> : Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.				<u>NOC [1908] Detección del riesgo</u> : Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.	
<u>NIC [8274] Fomentar el desarrollo – Niños</u> : Facilitar o enseñar a los progenitores y/o cuidadores a conseguir un crecimiento óptimo de los niños en edad preescolar y escolar en los ámbitos motor grueso y fino, lingüístico, cognitivo, social y emocional.		<u>NIC [8272] Fomentar el desarrollo – Adolescentes</u> : Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.		<u>NIC [6650] Vigilancia</u> : Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.	

(Elaboración propia)

A continuación, nos centraremos en el **dolor** y la **ansiedad**, como las consecuencias de mayor trascendencia en la hospitalización pediátrica (14, 17, 38):

- NANDA [00132] Dolor agudo:
 - CD: Parámetro fisiológico; lista, escala o autoinforme estandarizado.
 - FR: Agentes lesivos biológicos, físicos y/o químicos.
- NOC [1605] Control del dolor:
 - IND: Medidas de alivio no analgésicas y analgésicas.
 - NIC [1380] Aplicación de calor o frío:
 - ACT: Estado de piel; detección de contraindicación.
 - NIC [2210] Administración de analgésicos:
 - ACT: Comprobación de fármaco, dosis, vía, hora y alergia.
- NOC [2102] Nivel del dolor:
 - IND: Dolor referido; duración del episodio.
 - NIC [5580] Información preparatoria – Sensorial:
 - ACT: Descripción del evento; resolución de dudas.
 - NIC [5900] Distracción:
 - ACT: Estimulación sensorial; participación familiar.
 - NIC [6000] Imaginación simple dirigida:
 - ACT: Creación, descripción y dirección de imagen mental.
 - NIC [6040] Terapia de relajación:
 - ACT: Nivel de energía; ambiente tranquilo y cómodo.
- NANDA [00146] Ansiedad:
 - CD: Cambio conductual, afectivo, simpático, parasimpático y cognitivo.
 - FR: Amenaza al estatus habitual; contagio interpersonal; estresores.
- NOC [1211] Nivel de ansiedad:
 - IND: Desasosiego; irritabilidad; nervios; ataque de pánico.
 - NIC [5820] Disminución de la ansiedad:
 - ACT: Seguridad; información; reducción del miedo.
- NOC [1402] Autocontrol de la ansiedad:
 - IND: Estrategias de superación; control respiratorio.
 - NIC [4350] Manejo de la conducta:
 - ACT: Esfuerzo de autocontrol; redirección de atención.
 - NIC [4920] Escucha activa:
 - ACT: Atención a mensajes; supresión de barreras.

El dolor, especialmente en los niños muy pequeños, exige varios instrumentos de valoración multidimensional (Tabla 3). En los individuos en etapa preverbal, utilizamos sistemas de tipo fisiológico y conductual. Los métodos fisiológicos examinan las irregularidades en las constantes vitales (taquicardia, hipertensión arterial, taquipnea, hipoxemia...). Los métodos conductuales son más fiables, pues que analizan el comportamiento de cada sujeto. En España, se ha creado la escala LLANTO (Llanto, Actitud, Normorrespiración, Tono postural, Observación facial) para medir el dolor agudo en los niños entre 1 mes y 6 años (40). A partir de esta edad, en los individuos con capacidad de expresión, se usan métodos autoevaluativos. A través de la FPS – R (Faces Pain Scale – Revised), la EVN (Escala Visual Numérica) y la EVC (Escala Visual Categórica), los pacientes escogen la imagen, la cifra o la palabra que coincide con su dolor. En los adolescentes, se maneja la EVA (Escala Visual Analógica) y se completa una anamnesis (localizado o difuso, superficial o profundo, intermitente o persistente, punzante o quemante...) (41, 42).

Tabla 3. Escalas evaluativas del dolor pediátrico (40, 41, 42)

Escalas evaluativas del dolor pediátrico										
Escala LLANTO										
	0			1			2			
Llanto	No llora			Consolable o intermitente			Inconsolable o continuo			
Actitud	Tranquilo o dormido			Expectante o intranquilo			Agitado o histérico			
Normorrespiración	Regular o pausada			Taquipneico			Irregular			
Tono postural	Relajado			Indiferente			Contraído			
Observación facial	Contento o dormido			Serio			Triste			
0 = Sin dolor 1–3 = Dolor leve 4–6 = Dolor moderado 7–10 = Dolor severo 10 = Máximo dolor.										
FPS – R										
EVN										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EVC										
No duele	Duele un poco			Duele bastante			Duele mucho		Duele insoportable	
EVA										
Ausencia de dolor									Peor dolor imaginable	

(Elaboración propia)

El correcto manejo del dolor pediátrico es importantísimo; por ejemplo, un dolor postoperatorio mal controlado en el recién nacido conlleva graves desequilibrios metabólicos (descenso de insulina; incremento de ácido láctico, aldosterona, catecolaminas, cortisol y glucagón), un alto consumo de oxígeno y gasto cardíaco y, consecuentemente, una mayor morbilidad (42, 43). Siempre que sea oportuno, se administra la medicación correspondiente, respetando la escalera de analgesia (Tabla 4) (18). También, se recomienda aplicar cremas anestésicas locales (EMLA o lidocaína/prilocaína tópica al 2,5%) durante las extracciones sanguíneas o las cirugías menores en la piel (44, 45).

Tabla 4. Escalera de analgesia (18)

<u>Escalera de analgesia</u>		
	→	<u>Dolor severo</u>
<u>Dolor leve</u>	<u>Dolor moderado</u>	Analgésicos no opioides + Analgésicos opioides fuertes
Analgésicos no opioides	Analgésicos no opioides + Analgésicos opioides débiles	
AINE, paracetamol o metamizol	Codeína o tramadol	Morfina, fentanilo o metadona
Analgésicos coadyuvantes		
Ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes o corticoides		

(Elaboración propia)

A la hora de efectuar técnicas invasivas, la enfermera incorpora medidas no farmacológicas como la terapia de distracción, imaginación simple dirigida o relajación. La familia acompaña al niño para intentar maximizar su colaboración y, en última instancia, ayudarnos en la inmovilización (20, 38). En neonatología, las soluciones edulcoradas (0,1 – 1 mL de sacarosa oral al 24%) producen elementos endógenos analgésicos y atenúan el dolor durante 4 minutos, aproximadamente (46). La succión no nutritiva, la lactancia materna y el contacto piel con piel son, igualmente, beneficiosos (47, 48). Es aconsejable que se hagan en una sala de procedimientos con música de fondo, y no en su dormitorio (49). No debemos mentir al paciente (“no te voy a hacer nada”, “no te va a doler”...), sino contar lo que va a suceder con un vocabulario sencillo e incidir en que no ha hecho nada malo. Generalmente, se le pide que cuente hasta 10, deletree su nombre o realice inspiraciones y espiraciones profundas; y se le recompensa con un premio de refuerzo positivo (50). Los avances científicos han posibilitado la simulación de escenarios placenteros con gafas o cascos de realidad virtual en los tratamientos oncológicos o las punciones lumbares (51).

Como ya se ha mencionado, los pacientes pediátricos soportan grandes cargas de estrés durante la hospitalización. Una de las mejores tácticas para contrarrestar esta ansiedad es la terapia de juego o ludoterapia (20, 38).

El niño enfermo u hospitalizado es, ante todo, un niño. En el ámbito sanitario, el juego contribuye a combatir el aburrimiento, así como desdramatizar la situación y verla desde una perspectiva más normalizada. Además, estimula el desarrollo motor grueso y fino, sensorial y cognitivo y, por ende, el aprendizaje (52). Sus emociones más íntimas (alegría, tristeza, ira, miedo...) son canalizadas gracias a la actividad lúdica, conformando una vía de expresión emocional privilegiada. A nivel endocrino y neurológico, se liberan una serie de hormonas y transmisores químicos con un efecto ansiolítico (oxitocina, endorfinas, serotonina, dopamina...). Cabe destacar, la función de la serotonina en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad. Cuando su valor es alto, el individuo tiene una sensación de energía y bienestar; mientras que un valor bajo está relacionado con trastornos mentales, como la depresión (53, 54). Jugar con los padres y hermanos promueve la comunicación familiar y la consolidación de los lazos afectivos. Asimismo, el juego colectivo con otros pacientes en circunstancias similares evita el aislamiento social y fortalece el sentimiento de autovalía (55).

El juego es una oportunidad única para construir una relación terapéutica óptima, por lo que ha de ser entendido como una labor más de la enfermera pediátrica (56). Por ejemplo, los dibujos del sujeto nos permiten descubrir cuáles son sus impresiones frente a la estancia hospitalaria (57). Cuanto mayor sea el grado de conocimiento sobre la afección y los cuidados, mayor será la adherencia terapéutica. Para ello, podemos pintar una silueta ilustrada del cuerpo humano y enseñarle los conceptos esenciales de su enfermedad. Los procedimientos médico – quirúrgicos pueden recrearse con un juego de “*role – playing*” sobre un peluche o muñeco. Es conveniente que, previamente, manipule algunos dispositivos sanitarios inofensivos para vencer ese temor (mascarilla, venda, jeringa, catéter endovenoso sin aguja, nebulizador, termómetro, tiras de glucemia y glucómetro, tensiómetro, fonendoscopio...) (58, 59). También, la lectura de cuentos ambientados en el hospital hace que se identifique con el protagonista (60).

Otras terapias complementarias de interés en la hospitalización infantil y adolescente son la terapia asistida con animales, la arteterapia, la musicoterapia, la biblioterapia y el humor (20, 38).

En los últimos años, muchas instituciones se han sumado a la “*humanización de la Pediatría*” (61, 62). Estos proyectos pretenden disminuir la ansiedad infantil mediante el juego hospitalario y la decoración de los espacios sanitarios, sobre todo las zonas de diagnóstico (Imagen 1). Algunos hospitales disponen de jardines al aire libre e, incluso, un teatro o cine (Imagen 2) (63).



Imagen 1. TAC del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (63)



Imagen 2. Cine del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (63)

5. DISCUSIÓN:

Como limitación de esta revisión bibliográfica, hay que recalcar la escasez de estudios recientes sobre los aspectos psicológicos de la hospitalización infantil y adolescente. Además, la cantidad de publicaciones dedicadas a los adolescentes es mucho menor en comparación con la de los niños.

Las implicaciones para la práctica clínica se basan en que la enfermera conozca los efectos colaterales de la enfermedad, la cirugía o la hospitalización y sepa proporcionar una atención holística e integral a los niños y adolescentes hospitalizados.

Las futuras líneas de investigación podrían destinarse a los cuidados centrados en la familia. Varias iniciativas ya permiten, tomando las precauciones pertinentes de esterilidad, el acompañamiento familiar en la sala de quirófano hasta que el niño se duerme, así como la entrada en un coche teledirigido controlado por el equipo sanitario (64, 65).

Asimismo, casi ningún centro español cuenta con un servicio para el ingreso no psiquiátrico de los adolescentes, sino que a partir de los 15 años pasan de la hospitalización pediátrica a la adulta. La imposibilidad de reorganizar las camas disponibles de la planta les obliga a compartir habitación con otros pacientes de edades muy avanzadas. Tampoco tienen garantizado ni el ocio ni la continuidad educativa. Esta “*invisibilidad*” debería ser inspeccionada a fondo para encontrar una alternativa ante las necesidades no cubiertas de este grupo de la población (66).

También, sería interesante seguir indagando en el juego terapéutico y las nuevas tecnologías (espacios multimedia, contenido audiovisual, videojuegos...) para paliar el dolor y la ansiedad pediátrica (67, 68).

6. CONCLUSIONES:

La hospitalización constituye un acontecimiento trascendental en el proceso vital de los niños y adolescentes. El problema de salud, la ruptura de su cotidianidad, la inserción en un entorno extraño, las pruebas diagnósticas, los procedimientos terapéuticos o quirúrgicos..., todo ello unido a su inmadurez emocional, provocan un gran malestar psicológico – social.

El dolor debe ser valorado, exhaustivamente, mediante escalas fisiológicas, conductuales o autoevaluativas para lograr un adecuado tratamiento farmacológico. En la ejecución de técnicas invasivas, hay que incorporar medidas de alivio no farmacológicas de autocontrol, como la distracción, imaginación o relajación guiada.

El juego impulsa el desarrollo motor, sensorial, cognitivo, afectivo y social, reduce la ansiedad hospitalaria y “*humaniza*” la asistencia sanitaria pediátrica.

Los cuidados de Enfermería tienen como propósito facilitar la comprensión del proceso enfermedad – hospitalización, reforzar el afrontamiento al estrés y, en definitiva, favorecer la adaptación del paciente al hospital. No podemos olvidar atender al núcleo familiar, eliminando cualquier idea de culpa o abandono y haciendo partícipes, en todo momento, a los padres y hermanos. A pesar de exponer a un sinfín de dificultades, la hospitalización infantil y adolescente potencia la capacidad de resiliencia, tanto personal como familiar.

7. **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica las Ciencias Exp y Soc.* 2012;(26):161-175. DOI: 10.7203/DCES.26.1935
2. Gómez-Mendoza MÁ, Alzate-Piedrahíta MV. Contemporary childhood. *Rev Latino-Am Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2014;12(1):77–89. DOI: 10.11600/1692715x.1213040513
3. Fernández G. Paciente Pediátrico Hospitalizado. UDELAR [Internet]. 2011 [citado 21 de febrero de 2020];(5):1-14. Recuperado a partir de: <https://sinfronteras.edu.mx/wp-content/uploads/2017/05/PACIENTE-PEDIATRICO-HOSPITALIZADO-Ps.-Gabriela-Fernandez.pdf>
4. Rodrigo Pedrosa O. La infancia y la adolescencia en la Historia de la Humanidad. En: González Villanueva P, editor. *Enfermería de la infancia y la adolescencia.* Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2011. p. 1-12.
5. Zafra Anta MA, García Nieto V. Historia de la Pediatría en España. *Pediatr Integr* [Internet]. 2015 [citado 21 de febrero de 2020];19(4):235-242. Recuperado a partir de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/20-anos-de-pediatria-integral-historia-de-la-pediatria-en-espana/>
6. OMS. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946.
7. Parlamento Europeo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, N°C 148/37. Extracto de la Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Niños Hospitalizados. p.37-39.
8. Ramos Fernández JM, Montiano Jorge JI, Hernández Marco R, García García JJ. Situación de la pediatría hospitalaria en España: Informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). *An Pediatr.* 2017;81(5). DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.01.006
9. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2018 [citado 27 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p414/a2018/10/&file=01010.px&L=0>
10. León Simón M, Sanz Diez F (dir), Santiago Pardo, RB (dir). *Actuaciones educativas en instituciones hospitalarias de Castilla y León: 1985-2010* [tesis doctoral en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2011 [citado 8 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/22177>
11. De Mula-Fuentes B, Quintana M, Rimbau J, Martínez-Mejías A, Úriz MS, Rivera-Pérez C, et al. Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2020];46(2):42-51. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616712/>
12. Motta AB, Perosa GB, Barros L, Silveira KA, Lima AS da S, Carnier LE, et al. Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estud Psicol.* 2015;32(2):331-341. DOI: 10.1590/0103-166X2015000200016

13. Bonet de Luna C, Fernández García M, Chamón Parra M. Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13(51):471-489. DOI: 10.4321/S1139-76322011000300012
14. Herrera Floro T. Ansiedad en la hospitalización del paciente pediátrico. *Rev Enferm Salud Ment*. 2016;4:15-21. DOI: 10.5538/2385-703X.2016.4.15
15. Lisieux Lima Gomes G, Lima da Nóbrega MM. Ansiedade da hospitalização em crianças: Proposta de um diagnóstico de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):963-970. DOI: 10.1590/0104-1169.0372.2637
16. IASP Terminology [Internet]. Washington (DC): International Association for the Study of Pain; 2017 [citado 9 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
17. Leyva Carmona M, Torres Luna R, Ortiz San Román L, Marsinyach Ros I, Navarro Marchema L, Mangudo Paredes AB, et al. Documento de posicionamiento del Grupo Español para el Estudio del Dolor Pediátrico (GEEDP) de la Asociación Española de Pediatría sobre el registro del dolor como quinta constante. *An Pediatr*. 2019;91(1). DOI: 10.1016/j.anpedi.2019.05.001
18. Velasco-Pérez G. Escalera analgésica en pediatría. *Acta Pediatr Mex [Internet]*. 2014 [citado 9 marzo de 2020];35:249-255. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000300011
19. Mecchia A, Roppel D, Otero D, Velarde M. Proyecto de implementación: Abordaje de las emociones del niño durante su hospitalización. *Notas de Enfermería [Internet]*. 2017 [citado 14 de marzo de 2020];17(29):25-28. Recuperado a partir de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/21711>
20. Ball JW, Blinder RC. Consideraciones de Enfermería para los Niños Hospitalizados. En: Martín-Romo M, Martín E, editores. *Enfermería Pediátrica: Asistencia Infantil*. Madrid: Pearson Education;2010. p.405-441.
21. Chamorro Noceda LA. El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatr Asunción [Internet]*. 2012 [citado 14 de marzo de 2020];39(3):199-206. Recuperado a partir de: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1683-98032012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. Colomba Norero V. Brain Development in Childhood: Acquisition and Evolution of Children's Understanding of Death. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(1):137-142. DOI: 10.4067/S0370-41062018000100137
23. Butragueño Laiseca L, González Martínez F, Oikonomopoulou N, Pérez Moreno J, Toledo del Castillo B, González Sánchez MI, et al. Survey of Adolescent Perception of Hospital Admission: The Importance of Hospital Humanisation. *Rev Chil Pediatr*. 2016;87(5):373-379. DOI: 10.1016/j.rchipe.2016.04.003
24. Pabon Guerrero R. El niño hospitalizado, su familia y el equipo de salud. *Rev UNIMAR [Internet]*. 2014 [citado 19 de marzo de 2020];24(2):57-60. Recuperado a partir de: <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/unimar/article/view/18>

25. Volpato Broering C, Duarte de Souza C, Kaszubowski E, Crepaldi MA. Efeitos de Preparações Pré-Cirúrgicas sobre o Estresse e a Ansiedade de Meninos e Meninas. *Acta Colomb Psicol.* 2018;21(1):228-238. DOI: 10.14718/ACP.2018.21.1.10
26. Cach-Castañeda C, Tun-González D, Vega-Morales E, Rosado-Alcocer L, May-Uitz S. Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. *Enfermería Univ.* 2015;12(3):102-109. DOI: 10.1016/j.reu.2015.07.005
27. López Naranjo I, Fernández Castillo A (dir). Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo [tesis doctoral en Internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2011 [citado 19 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62624>
28. Sánchez Díaz MD. Aspectos emocionales del niño enfermo y su familia. *Form Act Pediatr Aten Prim* [Internet]. 2012 [citado 19 de marzo de 2020];5(3):149-156. Recuperado a partir de: <https://fapap.es/articulo/211/aspectos-emocionales-del-nino-enfermo-y-su-familia>
29. Grau C, Fernández Hawrylak M. Family and Chronic Paediatric Illness. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010 [citado 19 de marzo de 2020];33(2):203-212. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20927146/>
30. Ante B, González R, López X, Peleteiro C, Rodríguez C, Ruibal N. Algo más de color: Terapia Habitación de Hospital. *Arte, Individuo y Soc.* 2011;23:203-211. DOI: 10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36756
31. Xavier TGM, De Araújo YB, Reichert APS, Collet N. Classe Hospitalar: Produção do Conhecimento em Saúde e Educação. *Rev Bras Ed Esp* [Internet]. 2013 [citado 20 de marzo de 2020];19(4):611-622. Recuperado a partir de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382013000400010&script=sci_abstract
32. Barbosa Sindeaux Lima M, Sousa Monteiro Oliveira L, Colino Magalhães CM, Da Silva ML. Brinquedoteca hospitalar: A visão dos acompanhantes de crianças. *Rev Psicológica: Teoría e Práctica.* 2015;17(1):97-107. DOI: 10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p97-107
33. Estudios de Casos Médicos. A Two – Year – Old Goes to Hospital [vídeo en Internet]. Youtube. 9 de febrero de 2020 [citado 28 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.youtube.com/watch?v=Ua9CNS-eowI>
34. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. First Call for Children. World Declaration and Plan of Action from the World Summit for Children, New York, 29-30 de septiembre de 1990.
35. What is Nursing? [Internet]. American Nurses Association. Nursing World: Official website of the American Nurses Association. Silver Spring (MD): American Nurses Association; 2012 [citado 1 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>
36. Narváez CO. El Proceso de Atención de Enfermería: Eje de nuestra profesión. *Rev UNIMAR* [Internet]. 2014 [citado 1 de abril de 2020];24(2):95-97. Recuperado a partir de: <https://doaj.org/article/9360a726927547e48a50fcb3f086e419>.

37. Gallagher-Lepak S. Fundamentos de los diagnósticos enfermeros. En: Herman TH, Kamitsuru S, editores. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2015. p.21-30.
38. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 1 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/>
39. López-Cocotle JJ, Moreno-Monsiváis MG, Saavedra-Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Univ.* 2017;14(4):293-300. DOI: 10.1016/j.reu.2017.08.001
40. Reinoso-Barbero F, Lahoz Ramón AI, Durán Fuente MP, Campo García G, Castro Parga LE. Escala LLANTO: Instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *An Pediatr.* 2011;74(1):10-14. DOI: 10.1016/j.anpedi.2010.08.005
41. Tsze DS, Hirschfeld G, Dayan PS, Bullock B, Von Baeyer CL. Defining No Pain, Mild, Moderate and Severe Pain based on the Faces Pain Scale – Revised and Color Analog Scale in Children With Acute Pain. *Pediatr Emerg Care.* 2018;34(8):537-544. DOI: 10.1097/PEC.0000000000000791
42. Rodríguez Hernández I, Fajardo Villarroel A, Peña Jiménez M. Rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 [citado 2 de abril de 2020];15(3):399-407. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000300009&lng=es
43. González Fernández CT, Fernández Medina MI. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. *ENE* [Internet]. 2012 [citado 2 de abril de 2020];6(3). Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111379>
44. Guerreiro MR, Curado MA. PINCHAR... ¡HACE DAÑO! Representaciones del dolor en el niño en edad escolar sometido a punción venosa. *Enferm Glob.* 2012;11(1):58-74. DOI: 10.4321/S1695-61412012000100005
45. Shahid S, Florez ID, Mbuagbaw L. Efficacy and Safety of EMLA Cream for Pain Control Due to Venipuncture in Infants: A Meta-Analysis. *Pediatrics.* 2019;143(1):1-16. DOI: 10.1542/peds.2018-1173
46. Lim Y, Godambe S. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics.* 2016;137(2):1-15. DOI: 10.1136/archdischild-2016-311066
47. Harrison D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;(10). DOI: 10.1002/14651858.CD011248.pub2
48. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017;(2). DOI: 10.1002/14651858.CD008435.pub3
49. Stegemann T, Geretsegger M, Phan Quoc E, Riedl H, Smetana M. Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview. *Medicines.* 2019;6(25):1-12. DOI: 10.3390/medicines6010025

50. Bagheriyan S, Borhani F, Abbaszadeh A, Ranjbar H. The effects of regular breathing exercise and making bubbles on the pain of catheter insertion in school age children. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2011 [citado 2 de abril de 2020];16(2):174-180. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249769/>
51. Toledo del Castillo B, Pérez Torres JA, Morente Sánchez L, Escobar Castellanos M, Escobar Fernández L, González Sánchez MI, et al. Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: ¿Ficción, realidad o realidad virtual? *An Pediatría*. 2019;91(2):80-87. DOI: 10.1016/j.anpedi.2018.10.019
52. Bastos Depianti JR, De Lione Melo L, Ribeiro CA. Playing to continue being a child and freeing itself from the confinement of the hospitalization under precaution. *Esc Anna Nery*. 2018;22(2):1-9. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0313
53. Li WHC, Chung JOK, Ho KY, Kwok BMC. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatr*. 2016;16(1):1-9. DOI: 10.1186/s12887-016-0570-5
54. Farhud DD, Malmir M, Khanahmadi M. Happiness & Health: The Biological Factors-Systematic Review Article. *Iran J Public Health* [Internet]. 2014 [citado 19 de abril de 2020];43(11):1468-1477. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449495/>
55. Koukourikos K, Tzaha L, Pantelidou P, Tsaloglidou A. The Importance of Play during Hospitalization of Children. *Mater Sociomed*. 2015;27(6):438-441. DOI: 10.5455/msm.2015.27.438-441
56. Ferreira Caleffi CC, Kuerten Rocha P, Anders JC, Jatobá de Souza AI de, Berumén Burciaga V, Da Silva Serapião L. Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2). DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.58131
57. Silva Panez G. Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios: Un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos del niño hospitalizado. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2012. 164p.
58. Delvecchio E, Salcuni S, Lis A, Germani A, Di Riso D. Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies, and Pretend Play. *Front Public Health*. 2019;7:1-8. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00250
59. Medeiros da Silva RD, Carréra Austregésilo S, Ithamar L, Soares de Lima L. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(1):6-16. DOI: 10.1016/j.jped.2016.06.005
60. Hernández Pérez E, Rabadán Rubio JA. "Érase una vez... un cuento curativo": Atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura. *Educ Siglo XXI*. 2014;32(1):129-150. DOI: 10.6018/j/194121
61. Oliveros-Donohue MA. Humanización de la Pediatría. *Acta Med Peruana* [Internet]. 2015 [citado 27 de abril de 2020];32(2):85-90. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000200003&lng=es

62. Portella Ribeiro J, Calcagno Gomes G, Buss Thofehrn M. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: Systematic review. *Rev Esc Enferm.* 2014;48(3):527-536. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300020
63. Juegaterapia. [Internet]. Madrid: Juegaterapia (España); 2010 [citado 27 de abril de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.juegaterapia.org/>
64. Al quirófano, mejor con mamá o papá [Internet]. *El Periódico*; 2020 [citado 12 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200124/hospitales-infantiles-permiten-menores-acompanados-madre-padre-operacion-quiroyano-7808691>
65. Entrar al quirófano en discaputable en el Hospital Álvaro Cunqueiro [Internet]. *Faro de Vigo*; 2019 [citado 12 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.farodevigo.es/gran-vigo/2019/02/20/entrar-quiroyano-d discaputable/2055218.html>
66. Ullán AM, González Celador R, Manzanera P. El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: Los pacientes invisibles. *Rev Calid Asist.* 2010;25(3):146-152. DOI: 10.1016/j.cali.2009.12.006
67. Serradas Fonseca M. Aprendo en el hospital: Recurso instruccional multimedia para niños hospitalizados. *EDUCERE* [Internet]. 2012 [citado 3 de mayo de 2020];15(52):683-690. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6359374>
68. Lozano EI, Potterton JL. The use of Xbox Kinect™ in a Paediatric Burns Unit. *South African J Physiother.* 2018;74(1):1-7. DOI: 10.4102/sajp.v74i1.429

8. ANEXO:

Anexo I. Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Parlamento Europeo, 13 de mayo de 1986) (7):

16. 6. 86

Diario Oficial de las Comunidades Europeas

Nº C 148/37

Martes, 13 de mayo de 1986

PARTE II

Textos aprobados por el parlamento

1. Carta europea de los niños hospitalizados

— (doc. A 2-25/86)

RESOLUCIÓN

sobre una Carta europea de los niños hospitalizados.

El Parlamento Europeo,

- Vista la propuesta de resolución del Sr. Collins (doc. 2-1256/84),
 - Visto el apartado 5 de su Resolución de 19. 1. 84 sobre una Carta europea de los derechos del paciente en el que se pide que los derechos de los niños enfermos sean considerados en el marco de una Carta especial (1),
 - Visto el dictamen de la Comisión de medio ambiente, salud pública y protección del consumidor, y las opiniones de la Comisión de asuntos jurídicos y de derechos cívicos y de la Comisión de juventud, cultura, educación, información y deporte (doc. A 2-25/84).
- A. Reafirmando la pertinencia de los considerandos contenidos en esta Carta y, en particular, de los considerandos A y E que destacan la dimensión comunitaria del problema;
1. Insiste en que el derecho a la mejor asistencia médica posible constituye un derecho fundamental, especialmente para los niños durante los primeros años de su existencia;
 2. Muestra su inquietud ante el hecho de que las reducciones presupuestarias practicadas por numerosos Estados miembros afectan en primer lugar al sector de la salud pública, provocando repercusiones inevitables en las condiciones sanitarias de la población y, por consiguiente, de los niños;
 3. Pide a la Comisión que presente lo antes posible una propuesta de Carta europea de los derechos del paciente, así como una propuesta de Carta europea de los derechos de los niños hospitalizados de modo que se dé un sentido concreto al año de la juventud;
 4. Pide que la Carta de los niños hospitalizados proclama en especial los siguientes derechos:
 - a) derecho del niño a que no se le hospitalice sino en el caso de que no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si se coordinan oportunamente con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible;
 - b) derecho del niño a la hospitalización diurna sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres;
 - c) derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño;
 - d) derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece;
 - e) derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermeros y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios;

(1) Jo C 46 de 20. 2. 1984, p. 104

Martes, 13 de mayo de 1986

- f) el derecho a negarse (por boca de sus padres o de la persona que los sustituya) como sujetos de investigación y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico;
 - g) derecho de sus padres o de las personas que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello;
 - h) derecho de los padres o de la persona que los sustituye a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño;
 - i) derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada;
 - j) derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o de la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla;
 - k) derecho del niño hospitalizado, cuando está sometido a experimentación terapéutica, a estar protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y su subsiguientes actualizaciones;
 - l) derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse;
 - m) derecho (y medios) de contactar con sus padres o con la persona que los sustituya en momentos de tensión;
 - n) derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad;
 - o) derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo;
 - p) derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos;
 - q) derecho a disponer de locales amueblados y equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como a las normas oficiales de seguridad;
 - r) derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen;
 - s) derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales;
 - t) derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio;
 - u) derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita-incluso en el caso de que fuese necesaria la intervención de la justicia- si los padres o la persona que los sustituya se los niegan por razones religiosas, de retraso cultural, de prejuicios o no están en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia;
 - v) derecho del niño a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero;
 - w) derecho de los padres o de la persona que los sustituya a pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países que no forman parte de la Comunidad Europea;
5. Pide además a la Comisión que presente propuestas con la finalidad de que los datos estadísticos nacionales en materia de salud y de hospitalización se uniformicen por grupos de edad de manera que puedan ser comparados;
6. Valora la contribución que pueden aportar las asociaciones benéficas en cuanto a la aplicación de un buen número de los derechos mencionados, así como en cuanto a la realización de tareas complementarias insertas en el marco de la ayuda a los pequeños enfermos hospitalizados;
7. Encarga a su Presidente que transmita esta resolución a la Comisión, al Consejo, al Consejo de Europa, a la UNICEF y a la Organización Mundial de la Salud.