



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Actitud de los profesionales sanitarios ante la familia y los procedimientos invasivos en pediatría.

Laura Palomares González
2021



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Actitud de los profesionales sanitarios ante la familia y
los procedimientos invasivos en pediatría.

Tesis doctoral presentada por:

Laura Palomares González

Directores:

Dr. Manuel Sánchez Solís de Querol.

Dra. Carmen Isabel Gómez García.

2021



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Manuel Sánchez-Solís de Querol, Catedrático de Universidad del Área de Pediatría en el Departamento de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Actitud de los profesionales sanitarios ante la familia y los procedimientos invasivos en pediatría", realizada por D^a. Laura Palomares González, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 2 de Junio de 2021

FACULTAD DE MEDICINA
Cátedra de Pediatría
MURCIA



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Carmen Isabel Gómez García, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería, perteneciente a clases pasivas en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Actitud de los profesionales sanitarios ante la familia y los procesos invasivos en pediatría", realizada por D^a. Laura Palomares González, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de Junio de 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "C. Gómez García".

AGRADECIMIENTOS.

- Doy las gracias a todos los profesionales del hospital infantil Virgen de la Arrixaca por acogerme, escucharme y responder a las encuestas con veracidad, gracias a vosotros ha sido posible la realización de esta tesis doctoral. Ha sido muy enriquecedor los diálogos que se han creado sobre la presencia de los padres en las técnicas invasivas. He aprendido muchísimo de vosotros.
- Quiero agradecer a los directores de mi tesis: Doctor Manuel Sánchez Solís de Querol y la Doctora Carmen Isabel Gómez García, su valiosa ayuda y apoyo incondicional durante largos años.
- Gracias a la colaboración de Iván Hernández Caravaca y María José Izquierdo por su apoyo en la elaboración de artículos de investigación sobre los resultados de esta tesis doctoral y difusión científica a nivel internacional.

DEDICATORIA.

“A mi padre Eladio, mi madre M^a Dolores y a mis abuelos, por transmitirme los valores más importantes de la vida: el amor, el respeto y la dignidad. Siempre me enseñaron que el trabajo constante y responsable tiene sus frutos. Resultado de todo ello es este trabajo”.

“A mi marido José por ser el mejor compañero de viaje y a mi hijo Miguel por hacer que cada día sea único y especial”

“A los niños y a su sonrisa, es el regalo que me llevo a casa cada día”.

ÍNDICE

RESUMEN.....	13
INTRODUCCIÓN	19
MARCO TEÓRICO HISTÓRICO.....	19
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	33
JUSTIFICACIÓN	41
HIPÓTESIS.....	47
OBJETIVOS	51
METODOLOGÍA	55
RESULTADOS.....	63
RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	63
RESULTADOS ANALÍTICOS	87
RESULTADOS CUALITATIVOS.....	101
DISCUSIÓN	123
FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.	137
CONCLUSIONES	141
BIBLIOGRAFÍA.....	147
ANEXOS.....	157

RESUMEN

La evidencia científica ha revelado la importancia de la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos para reducir los niveles de ansiedad y dolor en los niños y acelerar su proceso de recuperación.

Aunque la presencia familiar durante las técnicas invasivas es respaldada por muchas organizaciones médicas y de enfermería. La variación en la práctica y la opinión confrontada entre los profesionales sanitarios continúa hoy en día.

Objetivo:

Determinar la opinión y actitud de los profesionales sanitarios que trabajan en el Hospital Infantil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HIHCUVA) de Murcia, España, con respecto a la presencia de los padres en los procedimientos invasivos.

Metodología:

Realizamos un estudio descriptivo y comparativo a través de la realización de encuestas y análisis de comentarios. Nuestra población a estudio está formada por 444 profesionales sanitarios. Se estratifica la muestra por categorías profesionales (pediatras, enfermeros y auxiliares) y se realiza distribución por conglomerado para que todas las unidades del hospital estén representadas. Tras el cálculo muestral se obtiene que para una precisión del 5%, una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, se precisa una muestra de 308 profesionales.

Se obtiene una muestra de 494 profesionales que responden a la encuesta, 227 encuestas en año 2015 y 267 encuestas en 2020 y se analizan los cambios en las opiniones y actitudes de los profesionales sanitarios durante estos 5 años.

Los resultados de las encuestas se procesaron con Microsoft Excel para obtener análisis descriptivo. El análisis estadístico se realizó utilizando el software estadístico STATA.

Para análisis de la asociación entre variables cualitativas se utilizó el estudio de tablas de contingencia mediante el test de la Chi cuadrado de Pearson. Se realizó, además análisis de residuos en las tablas de contingencia de 2x2 celdas. La comparación entre

variables cuantitativas se analizó mediante el test de “t” de Student y el análisis de varianza (ANOVA). Finalmente se realizó análisis multivariante mediante regresión logística.

El análisis cualitativo de los comentarios se realizó mediante transcripción del texto y codificación, también se utilizó un programa analítico de texto KH Coder.

Resultados:

- Los profesionales sanitarios 407 (82%) trabajan con los padres presentes siempre o en ocasiones. Solo 87 (18%) sanitarios respondieron que no realizaban procedimientos invasivos en presencia de padres.
- Los padres están presentes en las técnicas menos invasivas 412 (83%) frente a 82 (17%) que permite la presencia de los padres en las técnicas más invasivas.
- Un porcentaje alto de sanitarios 396 (80%) han manifestado tener problemas cuando los padres han estado presentes en las técnicas invasivas, estos problemas han sido principalmente: 197 (40%) “indisposición familiar (mareo...)” y 199 (40%) “peor comportamiento o mayor nerviosismo del niño”.
- La actitud de los profesionales sanitarios ha mejorado debido a :
 - Cambio muy favorable principalmente en la actitud de los pediatras hacia la presencia de padres; esto ha motivado cambios en el equipo asistencial, de tal manera que ha aumentado un 12 % la presencia de padres en las técnicas más invasivas.
 - Depende de la unidad asistencial donde se trabaje, los sanitarios serán más favorables o menos a la presencia de los padres.
 - En 2015 solo 54 (24%) sanitarios creían que era necesaria la presencia de los padres en las técnicas invasivas, en cambio en 2020, 110 (41%) creen necesaria su presencia.
 - A medida que los sanitarios realizan las técnicas invasivas a los niños en presencia de sus padres, van mejorando su conducta hacia los padres hasta que deciden trabajar siempre con ellos.
 - No haber tenido problemas o solo ocasionalmente cuando los padres han estado presentes ha mejorado la actitud de los profesionales sanitarios hacia la presencia familiar.

- Los sanitarios con menos edad tienen una actitud más favorable hacia la presencia de padres durante las técnicas invasivas.
- En nuestro hospital un alto porcentaje de sanitarios 440 (89%) manifiestan que no hay protocolos sobre la presencia de padres en las técnicas invasivas.
- La mayoría de los profesionales sanitarios 384 (82%) manifiestan que necesitan formación en este ámbito

Los resultados que se obtienen en el análisis de comentarios verifican y completan ampliamente los resultados obtenidos en las encuestas.

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO HISTÓRICO

Antes del desarrollo de los hospitales, las familias cuidaban de sus hijos en sus hogares. Cuando la familia no podía cuidar de los niños, estos permanecieron durante siglos como un colectivo de marginados. En el siglo VIII surgen inclusas y hospicios. Durante la Edad Media se crean instituciones asistenciales en Europa, relacionadas con la caridad y la religión (1)

El inicio de la hospitalización infantil (2) tuvo su origen en Francia, el rey Luis XVI envió a varios inspectores para estudiar la situación de los orfanatos en París en el año 1785. Informaron haber encontrado salas con 100 o más pacientes, a menudo con ocho o nueve niños en una sola cama. Después de lo cual el rey Luis XVI inauguró el primer hospital infantil en Europa, en el año 1802 en París, L'Hôpital des Enfants Malades, que aún sigue funcionando en la actualidad. Entre 1850 y 1879, se crearon 67 hospitales infantiles en Europa. El primero en España fue el Hospital del Niño Jesús en Madrid, en Enero de 1877 (3).

Hasta la primera mitad del siglo XX los niños eran separados de sus padres durante las hospitalizaciones. Esta situación tuvo su origen antes de la aparición de los antibióticos (1928) (4), en aquella época, un gran porcentaje de niños morían por causa de infecciones. Esto generó miedo y suscitó la necesidad de restringir las visitas durante largos periodos de tiempo para proteger a los niños y evitar así las infecciones. Los profesionales aseguraban, que los niños se encontraban mejor, cuando la familia no se involucraba en los cuidados (5).

La primera enfermera científica, Florence Nightingale (6), puso en duda la estancia hospitalaria de los niños y sugería que estos deberían pasar el menor tiempo posible hospitalizados, debido sobre todo al elevado número de infecciones adquiridas durante los ingresos. Asimismo, en 1909, J. Nicoll (7) observó la importancia de incluir a la madre en el cuidado del niño y la necesidad de minimizar la estancia hospitalaria de los más pequeños.

Fue el psicólogo Rene Spitz (8), en 1946, el primero en estudiar los problemas del desarrollo que se daban en los niños que crecían en orfanatos. Estudió el desarrollo psicoafectivo de 100 niños que vivían en un orfanato durante la II Guerra Mundial. A pesar de estar bien cuidados, aparecieron síntomas comunes, que le llevó a definir el síndrome del hospitalismo como “el conjunto de las perturbaciones somáticas y psíquicas provocadas en los niños -durante los 18 primeros meses de la vida- por la permanencia prolongada en una institución hospitalaria, donde se encuentran completamente privados de su madre”.

Lo que se consideraba bueno y necesario para sus vidas es que a esos bebés no les faltara alimento y estuvieran bien aseados, por lo que esas necesidades básicas estaban cubiertas pero no se permitía establecer ningún lazo afectivo.

A estos bebés no se les cogía en brazos, ni se les tocaba de una manera afectuosa ni se les hablaba. Es decir, vivían con una vida absolutamente vacía de afectos, no tenían la oportunidad de crear ningún tipo de vínculo afectivo y comenzaban a aparecer síntomas como: retardo del desarrollo corporal, retardo de la habilidad manual, dificultades de adaptación al medio ambiente, retraso del lenguaje, poca maduración intelectual, disminución de la resistencia a las enfermedades, llanto continuo y desesperanza. Después, si el afecto sigue negado, aparece interrupción del llanto, permanencia de largo tiempo con ojos inexpresivos, indiferencia por el entorno, extrema pasividad, no reactividad a estímulos, sueño constante y adelgazamiento notorio y puede llevar al niño a dejarse morir.

Rene Spitz desmintió la idea que existía hasta el momento, que atribuía esos problemas a la herencia transmitida de los padres biológicos.

También dedujo que si se reiniciaba el contacto con la madre y se daban cuidados afectivos adecuados, se podría salir de ese letargo emocional.

Más tarde Bowlby (9,5), en 1951, estudió la relación entre el comportamiento del paciente pediátrico y la familia, durante su estancia hospitalaria. Demostró la aparición de serios trastornos emocionales, psicológicos y del desarrollo del niño, como consecuencia de la separación madre-hijo.

Después de sus estudios la hospitalización infantil sufrió grandes reformas.

A partir de ese momento apareció una creciente preocupación, cuestionando las bases de los cuidados prestados hasta el momento. Las publicaciones comienzan a abogar por un aumento de las horas de visita, flexibilizando horarios e incluso permitiendo a las madres permanecer con los niños hospitalizados sin ninguna restricción (10).

En un informe del Comité Platt (1), elaborado por el ministerio de salud del Reino Unido, en 1959, facilitó que el Ministerio de Salud británico accediera a la presencia de los padres en los hospitales sin restricciones de tiempo para el acompañamiento de sus hijos, lo que posteriormente se extendió a otros países.

Fagin (11), en 1966, apoyó y completó esta visión, mediante sus estudios demostró que los niños hospitalizados incluyendo a las madres en los cuidados, experimentaron menos problemas emocionales y del comportamiento tras la hospitalización, que aquellos que en similares condiciones excluyeron a las madres en la asistencia.

También cabe destacar la creación en España por el INSALUD (12), en año 1984, el “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”, establece como uno de sus objetivos, favorecer la unión madre-hijo hospitalizado y que ésta sea lo más prolongada posible, facilitando así los horarios.

Todo ello ha generado un cambio, pasando de un modelo tradicional de medicina paternalista, centrado en la figura del médico, a un modelo de atención centrado en la familia, en el que los padres son el eje fundamental del cuidado del niño y deben estar presentes en todo momento al lado del menor.

Es por ello, que actualmente, en los hospitales españoles, la atención de enfermería en las unidades de hospitalización infantil, tienden a prestar cuidados al niño, pero teniendo en cuenta a su familia en todo momento, es decir, los cuidados están dirigidos hacia el binomio niño-familia (13,14).

Sin embargo, información proporcionada por “The Child Health Corporation of America” (5), en 2010, pone al descubierto que la mayoría de los hospitales pediátricos, no solicita a los padres permanecer junto a sus hijos durante la hospitalización de modo explícito, es el personal sanitario quien asume este papel, animando activamente a los progenitores a permanecer junto al niño hospitalizado, para beneficio del mismo que gana seguridad y vive la hospitalización de un modo más positivo.

El apego

Fue el psiquiatra infantil inglés John Bowlby (9), quien en 1958 por primera vez usó el término apego, para referirse al comportamiento o conducta motivacional innata, que surge en los momentos de mayor necesidad del niño y que en las especies más avanzadas, sirve para la supervivencia de las mismas ante la hostilidad o amenaza del medio. Se afirma que ese comportamiento caracteriza a los seres humanos durante toda la vida.

En su teoría Bowlby defiende tres postulados básicos:

1. Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego, siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
2. La confianza hacia la persona de apego se va adquiriendo gradualmente con los años y tiende a subsistir por el resto de la vida.
3. Las diferentes expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjada durante los años constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

El apego es el vínculo afectivo que busca la proximidad o contacto. Establecer esa relación afectiva es fundamental para el desarrollo cognitivo-emocional del niño. El equilibrio emocional y físico del niño dependerá en gran medida de la respuesta protectora del adulto (15).

En el sistema sanitario y de hospitalización se separa al niño de su entorno habitual y se le introduce en un entorno desconocido y hostil (16), en el que frecuentemente se realizan técnicas dolorosas, invasivas e incomprensibles para el niño. En estas situaciones de desorientación, miedo y estrés para el niño, éste buscará, para sentirse seguro, a su referente o persona de apego, que será frecuentemente un familiar cercano (madre, padre, abuela...). La madre es el familiar que suele acompañar a los niños durante los procedimientos invasivos (17).

El miedo (emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto) a una enfermedad grave y a la muerte son

los más frecuentes en la infancia y la adolescencia, siendo el daño corporal el factor que más estrés provoca en ellos (18).

Durante muchos años el concepto de familia utilizado en los servicios de salud se corresponde con la definición de dos padres biológicos que aportan los cuidados. Esta definición actualmente, en ocasiones, no será válida. El equipo sanitario deberá saber cuál es la red de apoyo del niño.

A lo largo de mi trabajo utilizaré la palabra “padres” para indicar las personas de referencia para el niño.

La enfermera pediátrica tendrá que identificar quién es la persona referente para el niño (si el niño tiene edad suficiente se lo podremos preguntar). Esta persona tiene que estar preparada para darle al niño el apoyo necesario, si no está preparada se pondrá nerviosa, inquieta e intentará evadirse del procedimiento invasivo, no ayudando al niño en el momento en que más lo necesita. Un afrontamiento inadecuado de los padres, incrementa el estrés infantil.

Se deberá explicar el procedimiento invasivo a los padres y dar tiempo para que puedan afrontar de forma adecuada la situación. Los profesionales sanitarios indicarán las pautas adecuadas a seguir para que la persona referente genere conductas de seguridad y protección hacia el niño.

La enfermera pediátrica sabe, qué, cómo, cuándo y dónde se va a realizar la técnica invasiva y también sabe si esta técnica le va a producir miedo y dolor al niño. Tiene capacidad para mejorar la situación y el ambiente en el que se va a producir dicha técnica y debe tener como objetivo que el niño esté en las mejores condiciones para que se produzca la técnica con seguridad, efectividad y provocándole el mínimo dolor posible al mismo.

Los profesionales sanitarios que trabajamos en pediatría, especialmente enfermería pediátrica, debemos de fomentar el apego saludable. Tenemos una buena oportunidad durante la realización de los procedimientos invasivos, pues el niño percibirá esta situación como amenaza, generando conductas de apego, y es cuando la enfermería pediátrica no solo podrá aumentar el grado de seguridad del niño hacia la persona de apego, sino que también podrá identificar un apego patológico o no saludable.

Si lo hacemos de forma correcta, disminuirémos de forma importante el estrés y por lo tanto el dolor que siente el niño, desarrollando un apego seguro y saludable.

Procesos dolorosos y procesos invasivos

“Procedimiento invasivo” es aquel procedimiento en el cual el cuerpo es "invadido" y/ o penetrado con una aguja, una sonda o un dispositivo, con un fin diagnóstico o terapéutico (19)

Mi trabajo se orienta hacia los procedimientos generalmente poco invasivos y con una duración muy corta en el tiempo como son: extracción sanguínea, canalización vía venosa, sondajes, curas...

En estos procesos normalmente se mantiene al niño despierto y consciente. El niño estará atento a lo que hacemos y, dependiendo de la edad, cabe la posibilidad de que no entienda el proceso, ni tampoco el material punzante que utilizamos; el niño reconocerá este material como potencialmente peligroso (“agujas” o “pinchos”) y provocará en ellos una respuesta ansiosa y de mucho miedo, que aumentará su dolor y sufrimiento.

Objetivamente, un procedimiento será más invasivo cuanto más se invada el cuerpo del niño. Por ejemplo, un procedimientos muy invasivo sería una técnica quirúrgica y uno muy poco invasivo sería un lavado nasal.

Todo procedimiento invasivo generará en el niño dolor o sufrimiento, que dependerá no tanto del grado de invasividad del procedimiento, sino de cómo se realiza el procedimiento en sí, si se utilizan sedantes, analgésicos, el ambiente en el que se realiza el procedimiento, presencia de padres, estado de ansiedad del niño... todo ello influye de manera decisiva en el sufrimiento que éste experimenta.

Puede que un niño con 2 años experimente mayor sufrimiento y miedo cuando le realizamos un lavado nasal con un proceso asistencial inadecuado (está tumbado, sujetado por personas que no conoce, no están sus padres...) que cuando se le realiza una técnica de cirugía en quirófano, con un adecuado proceso asistencial (el niño se duerme con sus padres cerca y se despierta cuando sus padres están presentes)

Son muchos los procesos invasivos y dolorosos a los que sometemos a los niños en un hospital. Por ello la enfermera pediátrica debe saber adelantarse a los momentos difíciles en los que el niño va a sentir dolor, preparándolo de forma adecuada según la edad y su capacidad para afrontar los estímulos dolorosos.

¿Qué significa dolor para un niño? “El dolor en pediatría”

La nueva definición del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (20) es:

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”

Incluye notas aclaratorias:

- “El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes.
- El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales.
- A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor. La manifestación de una persona que afirma sentir dolor debe ser respetada. Aunque el dolor generalmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
- Etimología: inglés medio, de anglo-francés *peine* (dolor, sufrimiento), de latín *poena* (pena, castigo), a su vez del griego *poine* (pago, penalidad, recompensa).”
(p.232)

El dolor tiene su origen en los receptores de los estímulos dolorosos que son terminaciones nerviosas libres, que se encuentran distribuidas por todo el cuerpo. Los estímulos mecánicos, químicos o térmicos estimulan los nociceptores y se transforman en estímulos eléctricos (potencial de acción). Estos se transmiten a través de dos tipos de fibras nerviosas: fibras largas mielinizadas “A-delta”, y fibras “C” no mielinizadas hasta el asta dorsal de la médula espinal, para luego ascender por el tracto espinotalámico lateral alcanzando el tálamo y la corteza cerebral. (21-23)

El sistema nociceptivo es modulado por neurotransmisores que atenúan o amplifican la transmisión del dolor. Los neurotransmisores que inhiben la percepción del dolor son opioides endógenos como la beta-endorfina, encefalinas y dinorfina. Otros neurotransmisores como la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) también participan en la disminución de la percepción dolorosa.

El dolor tiene un elemento orgánico y nociceptivo-corteza cerebral (lesión física, sensitiva) y otro psíquico-tálamo (sufrimiento, emoción). Por lo tanto, además del componente sensorial generado por la estimulación de las vías nerviosas (nocicepción), existe un complejo componente que es propio del sujeto y que se traduce en un conjunto de emociones y respuestas que darán al dolor un carácter único y personal, de tal manera que, cada individuo siente, experimenta y afronta el dolor de manera diferente.

Los componentes afectivos y emocionales del estímulo doloroso se modulan a través de experiencias pasadas y la memoria que se generan en el tálamo (22). Así pues, la experiencia de dolor puede tener efecto a largo plazo y la respuesta al dolor ser más intensa en aquellos que requirieron técnicas dolorosas anteriormente (24, 25).

Hasta hace relativamente pocos años, el dolor en pediatría no era tratado, puesto que se consideraba que el SNC del recién nacido era inmaduro y por consiguiente no percibía sensaciones dolorosas, a su vez se creía que el niño al no expresar el dolor verbalmente, no tenía memoria del dolor, por lo cual era innecesario calmarlo (26).

Actualmente nos encontramos en un momento en donde si bien la bibliografía demuestra que los niños sienten dolor, incluso algunos plantean que los niños más pequeños perciben el dolor con mayor intensidad que los adultos. (27, 28)

Otro de los argumentos, que aún hoy día tiene mucho peso, es el temor a la adicción de los opioides en los niños. Hallamos que el dolor en pediatría es aún subdiagnosticado y subtratado. (29, 30).

En el niño, las vías del dolor se desarrollan continuamente produciendo un refinamiento de las modalidades sensoriales y conexiones corticales dentro del sistema límbico y las áreas afectivas y asociativas de la corteza frontal, parietal y la ínsula.

Con la madurez las percepciones concretas se hacen más abstractas y sofisticadas, y el niño pasa de definir el dolor como “una cosa” o “algo”, a localizarlo en su cuerpo o a definirlo por sus características físicas desagradables.

El hipocampo- tálamo, sitio de regulación emocional, no se desarrolla totalmente hasta los 6 años de edad. (21)

Debido a su inmadurez en tálamo e hipocampo, el niño tiene dolor, pero no está preparado psicológicamente para sentir dolor, no lo entiende, ni es capaz de asimilarlo. El niño comenzará a entender el dolor a partir de 6 años.

El principal problema del dolor no es la sensación en sí, sino el sufrimiento y la conducta que conlleva. Cuanto más pequeño sea el niño, más inmaduro será para comprender y afrontar el dolor de forma adecuada y más necesitará del apoyo de sus padres para superar esa situación de dolor que no entiende.

La preparación del niño frente al dolor es muy importante, de manera que los padres, los profesionales sanitarios o las personas que están en su entorno, pueden ser reforzadores del comportamiento del niño, de un modo positivo o por el contrario negativo, y como consecuencia disminuyendo o amplificando la percepción del dolor por parte del niño. El manejo adecuado de las circunstancias que le ocasionen dolor, puede influir en su experiencia, haciendo más fácil o más difícil el manejo de situaciones futuras. (31).

Hemos de tener en cuenta que los niños aprenden de las personas que admiran; igual ocurre con las creencias culturales, cuando la tolerancia al dolor se ve como una virtud, el niño puede dudar en quejarse, y ello puede ponerle en situación de indefensión.

El tratamiento del dolor en la infancia debería ser una prioridad para todos los profesionales implicados en la salud del niño.

Es importante que la enfermera pediátrica sepa identificar el dolor en el niño, valorarlo con las escalas del dolor validadas según edad (31-36) y establecer los cuidados necesarios para disminuirlo.

La presencia de dolor provoca diferentes respuestas en el paciente pediátrico:

– Conductuales. Aparecen conductas asociadas que variarán en función de la edad del niño. En la época verbal, la conducta se asemeja a la del adulto; sin embargo, en el

periodo de lactancia las repuestas conductuales se valoran a través de la expresión facial, la comunicación verbal, mediante gritos y llanto, y los movimientos corporales (reflejos de retirada o ausencia de movimiento).

– Fisiológicas. Se producen cambios cardiovasculares (aumento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial), respiratorios (aumento de la frecuencia respiratoria) y neurovegetativos (aumento de sudoración palmar).

– Neuroendocrinas. Aumentan las hormonas de estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón) y se produce una situación catabólica (hiperglucemia, acidosis láctica).

El mejor tratamiento del dolor y la ansiedad será evitarlos fomentando la prevención, anticipándonos al dolor producido por las enfermedades o los procedimientos invasivos. Juntamente con esto es importante intentar evitar la ansiedad y el estrés que provoca la sensación dolorosa. (32,36).

Para disminuir o prevenir el dolor en los niños, podremos utilizar dos formas de analgesia:

- Analgesia farmacológica:

La administración de analgesia farmacológica se realiza tras un proceso de atención interdisciplinar, en el que se determina la necesidad de tratamiento y es pautado por pediatra facultativo. La analgesia puede ser:

Local:

- Infiltración subcutánea de anestésicos: Lidocaína, Bupivacaína.
- Anestésicos tópicos: Crema EMLA, Cloruro de etilo, Tetracaína tópica.

Sistémica: Según protocolo de manejo del dolor en urgencias pediátricas (36).

- DOLOR LEVE: Paracetamol, Ibuprofeno.
- DOLOR MODERADO: Codeína, Metamizol, Tramadol. Diclofenaco; Ketorolaco; Desketoprofeno
- DOLOR INTENSO: Opioides (Cloruro mórfico; Fentanilo)

También se pueden utilizar ansiolíticos como el Midazolam y otros fármacos (37), para disminuir el estrés y la ansiedad del procedimiento invasivo.

- Analgesia no farmacológica.

La analgesia no farmacológica está formada por una serie de medidas profilácticas y técnicas complementarias que no conlleva la administración de medicación adicional. Dependiendo de la edad, las técnicas para disminuir la ansiedad, el miedo y el dolor van cambiando:

Neonatos y lactantes:

- Lactancia materna (38).
- Chupete/succión.
- Administración de sacarosa (39-41).
- Posición con la madre en canguro. Método piel con piel.
- Medidas de contención. Flexión con miembros próximos al tronco y hacia la línea media.
- También musicoterapia, masajes, relajación ...

Niños mayores de 1 año - hasta 12-14:

- Presencia de padres (42):
 - Preparación para afrontar la técnica invasiva.
 - Durante la técnica: Apoyo, escucha, comprensión, técnicas de distracción individualizadas (los padres sabrán cual es el método mejor para su hijo, la canción que más le gusta, una caricia en la cara, cogerle la mano..)
 - Después de la técnica: Consuelo, compensación.
- Medidas de sujeción: si es posible incorporado y sujetado por los padres, no sujetarlo fuerte.
- Medidas de distracción: musicoterapia, cuentos, magia, payasos (43,44)
- Relajación, masajes.
- Ambiente adecuado, poca luz, voz baja, dar seguridad (45).
- Dar información adecuada a su edad.

Las medidas no farmacológicas se pueden utilizar para el control del dolor de intensidad baja-media y siempre deberían complementar a las medidas farmacológicas en el control de dolor más intenso.

Su mecanismo de acción es variado, unas producen liberación de endorfinas endógenas y otras activan ciertos sistemas de neuropéptidos que tiene como efecto final una acción potenciadora de los opioides. Por último otras medidas tienen como objeto “distraer” el dolor. (45).

Para explicar dónde y cómo actúa la analgesia no farmacológica podemos decir que:

El dolor se trasmite hasta hipocampo y corteza cerebral a través de vías nerviosas, si pudiéramos colapsar las vías nerviosas que transmiten el dolor con otros estímulos, bloquearíamos la transmisión del estímulo doloroso, disminuyendo el dolor. Esto es lo que intenta hacer la analgesia no farmacológica de forma natural.

El adulto tiene dos formas diferentes de colapsar y bloquear las vías nerviosas que transmiten el dolor:

1. Receptores periféricos: posición, termoterapia, estímulo de presión. La presión se trasmite por la misma vía nerviosa que el dolor, por ello cuando nos damos un golpe o nos duele una parte de nuestro cuerpo, instintivamente nos presionamos la zona dolorosa.
2. Hipocampo - tálamo: donde se generan los pensamientos y emociones que conlleva tener dolor o pensar que voy a tener dolor. Un pensamiento nos puede beneficiar y hacer que tengamos menos dolor o también nos puede perjudicar y aumentar nuestro dolor.

Albert Espinosa enfermo de cáncer, cuando tenía 15 años, relata en su libro “El mundo amarillo” (46):

“No existe la palabra dolor. ¿Y si las inyecciones no duelen? ¿Y si en realidad reaccionamos al dolor tal como nos enseñan las películas, sin percatarnos de si en realidad sentimos dolor? ¿Y si en realidad el dolor no existe? Miré la inyección, miré mi carne y no introduje la tercera variable. No formó parte de la ecuación del dolor, no pensé que tuviese que doler. Tan solo que una aguja se acercaría a mi piel, la traspasaría y extraería sangre. Sería como una caricia, una caricia extraña y diferente. Una caricia entre el hierro y la carne. Y misteriosamente así fue: por primera vez no noté dolor, sentí esa extraña caricia...”. (p.38-42)

A medida que vamos creciendo, el hipocampo-tálamo se va haciendo más importante mientras que los receptores periféricos disminuyen su capacidad para bloquear la transmisión del dolor.

Los padres reportan al niño diferentes estímulos que ayudan a colapsar las vías nerviosas que transmiten el dolor, consiguiendo que el niño sienta menos dolor.

Cuanto más pequeño es el niño más necesitará la presencia de sus padres. Al inicio, el neonato requiere más contacto físico, caricias, sonido, el reflejo de succión, lactancia, a medida que el niño va creciendo necesitará más apoyo psicológico y es a partir de 11-12 años cuando el niño será capaz de comportarse como un adulto, entender el proceso sanitario y las técnicas invasivas colaborando con el equipo, empezará a estar solo y no necesitar tanto la presencia de sus padres.

Las reacciones emocionales más importantes que acompañan el dolor son la ansiedad y el miedo. La ansiedad generalmente ocurre con dolor agudo y a corto plazo. Hay evidencia que muestra una relación directa entre ansiedad y dolor, cada uno de ellos aumenta la severidad del otro. Personas que experimentan altos niveles de ansiedad son más sensibles a dolor (47)

La evidencia científica ha revelado la importancia de la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos para reducir los niveles de ansiedad y dolor en los niños y acelerar su proceso de recuperación (48-60).

También se evidencia que la ansiedad en la familia afecta el nivel de ansiedad en los niños (61), por tanto, los padres con altos niveles de ansiedad pueden tener un efecto negativo en sus hijos. El personal sanitario debe proporcionar la información necesaria sobre los procedimientos que vamos a realizar disminuyendo así la ansiedad en los padres y capacitándolos para que puedan ayudar de forma eficaz a sus hijos durante los procedimientos invasivos (47).

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

A lo largo de los últimos 30 años, se han escrito, redactado y publicado, tanto estudios científicos como leyes que apoyan la presencia de padres en los procedimientos invasivos.

En la Carta Europea de los niños hospitalizados¹, se establece:

- “Derecho del niño 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, 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 menor.
- El niño tendrá derecho de contactar con sus padres o con la persona que lo sustituya en momentos de tensión.
- Derecho del niño a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- Derecho de sus padres o las personas que lo sustituyan a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño. Expresarán su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.
- 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”.

En 1993, la Emergency Nurses Association fue la primera asociación que elaboró un documento a favor de la presencia de los familiares en los Servicios de Urgencias, tanto durante los procedimientos invasivos como durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar (62).

1. Resolución A2-25/86 de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo.

En el año 2000, la American Heart Association realizó una guía clínica en la que se recomendaba explícitamente dar la opción a los padres de presenciar los procedimientos invasivos y las maniobras de resucitación cardiopulmonar que se realizaban a sus hijos. Desde entonces, numerosas asociaciones, tanto médicas como de enfermería, han desarrollado documentos o guías a favor de esta práctica; entre estas asociaciones se encuentran la American Academy of Pediatrics (AAP), el American College of Emergency Physicians y la Society of Critical Care Medicine (63).

El acompañamiento por parte de la familia es un derecho, recogido así por el decálogo de seguridad del niño en el entorno sanitario de la Asociación Española de Pediatría en 2014 (64).

Aunque la presencia familiar durante las técnicas invasivas es respaldada por muchas organizaciones médicas y de enfermería que han publicado las pautas a seguir. La variación en la práctica y la opinión confrontada entre los profesionales sanitarios continúa hoy en día y a menudo, los profesionales sanitarios son reticentes en permitir la presencia de los padres. (63).

Para ampliar y actualizar conocimientos sobre este tema, se realizan revisiones sistemáticas de la literatura científica sobre “La presencia de padres en los procedimientos invasivos en pediatría”, con el objetivo de determinar la opinión y actitud de los profesionales sanitarios con respecto a la presencia de los padres en los procedimientos invasivos y si existen protocolos de actuación al respecto.

Se ha realizado la búsqueda de literatura científica en las bases de datos: Embase, Pubmed, Medline, CINAHL. Los metabuscadores: Tripdatabase, NHS evidence, The Cochrane Library, Google académico, Scielo , Cuiden y en Sumarios de evidencia: Guia salud, Enfermeria al día, Preevid.

Los descriptores utilizados según DeCs y MeSH han sido: presencia padres / parental presence, técnicas invasivas / invasive procedures , pediatría / pediatric. Con el operador booleano and.

Se han realizado dos revisiones de la bibliografía:

En ambas revisiones se encontró más de 500 referencias, pero se estableció los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos que no tenían relación directa con la presencia de los padres en las técnicas invasivas en pediatría.
- No eran relevantes para nuestra investigación.

1ª Revisión en 2014/2015.

En esta primera revisión no se limitó la búsqueda de artículos por tiempo. Incluyéndose artículos de investigaciones anteriores a 1990 por ser relevantes para el marco de referencia de nuestro estudio.

Se seleccionó 35 referencias: 3 revisiones sistemáticas (2002, 2008, 2012), 2 tesis doctorales, 28 artículos de investigación, 1 guía de práctica clínica y 1 protocolo de actuación.

2ª Revisión en 2019/2020

En esta segunda revisión se limitó la búsqueda de artículos a aquellos que fueron posteriores a 2012 y que no habían sido seleccionados en la anterior revisión.

Se seleccionó 24 referencias: 3 revisiones sistemáticas (2014, 2018, 2020), 1 tesis doctoral, 3 trabajos fin de grado de enfermería, 17 artículos de investigación.

Hemos analizado 59 estudios basados en evidencia científica de los que obtenemos las siguientes conclusiones:

- Se evidencia una tendencia del personal sanitario a preferir que los padres no estén presentes a medida que aumenta el grado de invasividad del procedimiento. Este hecho, denominado como “jerarquía de la invasividad”, es prácticamente constante en la literatura publicada (65-68).
- Se encuentran diferencias entre categorías profesionales, en España los médicos están más a favor de la presencia de los padres que enfermería y los que más en desacuerdo están son los residentes de pediatría (17,69). En cambio en artículos americanos o europeos son los profesionales de enfermería los que están más a favor de la presencia familiar en las técnicas invasivas (70,71).
- El personal sanitario que trabaja con la presencia de padres en las técnicas invasivas, está más a favor de que los padres estén presentes, con respecto a

aquellos profesionales que no trabajan con los padres en los procesos invasivos. De ahí que algunos autores hayan señalado la importancia del entrenamiento del personal sanitario en este tema y que se hayan desarrollado programas específicos de formación para los profesionales sanitarios. Sacchetti ya demostró que el entrenamiento del personal sanitario sobre la presencia de los padres es un factor determinante en la opinión de los sanitarios y que el personal de los centros donde habitualmente se realizan procedimientos invasivos con familiares presentes suele estar más a favor de esta práctica (72).

- La opinión del personal sanitario es controvertida:

Hay estudios que evidencian que el personal sanitario está de acuerdo con la presencia de los padres en los procesos invasivos y estudios que evidencian el desacuerdo del personal sanitario acerca de esta práctica argumentando diferentes razones como: una mayor angustia de los padres, una posible interrupción del procedimiento invasivo por parte de los padres, un peor rendimiento del profesional sanitario y el riesgo de un mayor número de denuncias. Se evidencia también el pensamiento por parte de los sanitarios de que la falta de preparación de los padres les producirá ansiedad al presenciar los procedimientos invasivos. (72-75).

Sin embargo, la literatura científica publicada hasta el momento no corrobora estos argumentos: ningún estudio publicado describe alguna interrupción de un procedimiento a causa de los padres. En varios estudios, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la ansiedad del profesional con la presencia de padres y sin ella.

- Factores importantes para que los profesionales sanitarios permitan la presencia familiar son la experiencia previa y el centro sanitario dónde trabajen (76).

En las últimas investigaciones realizadas se evidencia que la decisión de los profesionales de salud de permitir la presencia de la familia durante las técnicas invasivas está fundamentada en sus creencias, valores y conocimientos (77-79). En el contexto pediátrico, es relevante comprender las creencias de los profesionales en relación a la familia para identificar las que pueden ser

restrictivas y proponer acciones que los ayuden a transformar estas creencias (77).

- Se encuentran en la literatura científica muy pocos protocolos sobre la actuación de enfermería pediátrica con respecto a la presencia de padres durante las técnicas invasivas. Se han encontrado protocolos en la literatura inglesa y americana pero muy pocos en español, adecuado a nuestra cultura y sociedad. En un estudio que se realizó en 43 centros hospitalarios en toda España, solo 2 tenían un grupo de trabajo específico sobre el tema y un hospital, un protocolo específico (76). Estados Unidos es uno de los países pioneros en la presencia familiar, ya Mary Barkey y Barbara Stephens (42), establecieron su modelo de confort en 1999, sin embargo, la American Association of Critical Care Nurses alerta que, a pesar de la recomendación de organizaciones, conferencias de consenso, políticas y directrices de una práctica clínica para promover la inclusión de la familia en procesos invasivos y RCP, apenas 5% de las unidades de cuidados críticos norte-americanas, 8% de las canadienses y 7% de las europeas disponen de políticas escritas (77). Se ha evidenciado que la aplicación de protocolos adecuados es eficaz y produce importantes beneficios identificados para los padres, los niños y el personal sanitario (80).
- Respecto a la formación. Se evidencia en un estudio realizado en Brasil, que los profesionales con menos experiencia laboral y una formación más reciente (10 años) tenía mayor aceptación a la presencia familiar en las técnicas invasivas. Estos resultados apuntan la necesidad de formación en los profesionales con más años de experiencia laboral (81).
- Cuando hay una falta de información basada en la evidencia y ausencia de protocolos para la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos pediátricos, la visión tradicional prevalece (52).

JUSTIFICACIÓN



JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo, se ha observado un aumento en la proporción de padres que quieren estar presentes durante la realización de los procedimientos invasivos. En un estudio publicado por Bauchner (82) en 1991, menos de la mitad de los padres manifestaron querer estar presentes, mientras que en un estudio realizado por Jones (83) en 2005, entre el 81 y el 94% de los padres manifestó querer acompañar a sus hijos durante diferentes procedimientos invasivos. Así en 2009, en un estudio realizado en Hospital 12 de Octubre en España (65), se evidencia que el 94% de los padres quisieron estar presentes durante los procedimientos invasivos y el 100% de los niños quisieron que sus padres estuvieran presentes (84). Cada vez más padres piensan que deben participar en la decisión de estar o no presentes durante los procedimientos invasivos, y que no debe ser una decisión unilateral por parte del profesional sanitario (69).

Se evidencia que los padres que asisten a los procedimientos invasivos tienen menos ansiedad que los que deciden no hacerlo (85) 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 (84).

En cambio en la literatura científica se evidencia que los profesionales sanitarios, aún no están preparados para este cambio.

Comparando las seis revisiones sistemáticas encontradas sobre este tema (2002, 2008, 2012, 2014, 2018, 2020). Se han obtenido prácticamente los mismos resultados, es decir, apenas se ha avanzado en este campo tan importante de investigación y sigue existiendo necesidad de estudios que clarifiquen los conceptos y la posición de los profesionales sanitarios al respecto.

Según una revisión realizada por Arribas (86) en 2019, sobre la presencia familiar en las técnicas invasivas en estudios realizados en España:

“Los motivos que tenían los sanitarios para permitir la presencia familiar eran:

- 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.

Motivos que tenían los sanitarios para restringir la presencia familiar eran:

- Menor tasa de éxitos en los procedimientos invasivos.
- 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” (p.20).

En esta revisión de 2019, se añade la limitación por parte del investigador de la escasez de bibliografía al respecto.

Se evidencia que no existe una idea unificada de los profesionales con respecto a la actitud que se debe de tener ante la presencia de los padres en los procedimientos invasivos y por lo tanto tampoco existen protocolos de actuación consensuados en España.

Durante mi residencia para prepararme como enfermera pediátrica (del año 2012 al 2014) en el Hospital Rafael Méndez (Lorca) y Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), pude observar que la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos era muy escasa y que dependía siempre de la decisión del personal sanitario que acompañaba al niño. A veces se daba la opción a los padres de permanecer junto a su hijo, si así lo deseaban, en ocasiones se explicaba en qué consistía la técnica invasiva pero nunca se le indicaba la actitud que debía tener hacia su hijo. No existían protocolos a seguir y toda decisión recaía en el enfermero que en ese momento tenía que realizarle la técnica al niño. También observé que a medida que

aumentaba la invasividad de la técnica, el sanitario aumentaba su capacidad de decisión para que los padres no estuvieran presentes.

Pude comprobar como aumentaba la ansiedad de los padres por no estar al lado de su hijo en los momentos más difíciles y sentirse incapaces de consolarlo. Recuerdo un caso en el que tuvimos que canalizar una vía periférica a un niño (tendría 3-4 años), fue complicado, el niño se resistía y lloraba, tuvimos que pincharle varias veces hasta que lo pudimos conseguir, mientras, el padre esperaba fuera en el pasillo, detrás de la puerta. Cuando ya estábamos todos calmados y el niño dejó de llorar, abrimos la puerta para que el padre pasara, éste entró rabioso, nerviosísimo y con la mano alzada se abalanzó contra la primera enfermera que vio más próximo a su hijo, no pasó nada, pues pudimos frenar y tranquilizar al padre. Estos momentos vividos fueron los que me hicieron reflexionar y darme cuenta de que teníamos que poner solución a este problema. Así fue como empecé a estudiar sobre este tema y me cuestioné la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud que tienen los profesionales sanitarios del Hospital Infantil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca con respecto a la presencia de los padres en los procedimientos invasivos?

Quiero investigar no solo los actos o hechos en relación a si los padres están o no presentes en las técnicas invasivas, sobre todo me interesa la actitud que muestren los sanitarios hacia la familia en los momentos más difíciles.

Según Allport (87), “La actitud es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones”. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición (actitud) que les permite responder ante los estímulos.

Actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.

Es importante establecer también la diferencia entre actitudes positivas y negativas. Las positivas son aquellas que colaboran con el individuo para conseguir enfrentar la

realidad de una forma sana y efectiva; las negativas son las que entorpecen esta relación del individuo con su entorno. La libertad del individuo reside en poder elegir entre una actitud y otra en cada momento.

Las actitudes no sólo modifican el comportamiento individual, sino también grupal. Una persona con una actitud positiva frente a los problemas, puede conseguir incentivar al grupo a salir adelante y a mejorar; mientras que una con una actitud negativa, consigue «infectarlo» pero para guiarlo en una conducta que lo llevará al fracaso.

Los profesionales sanitarios trabajamos continuamente en equipo, nos necesitamos unos a otros para dar una atención íntegra y de calidad a las personas que atendemos. La actitud individual va a influir en el equipo sanitario y si el equipo está motivado y manifiesta una actitud positiva para crecer y mejorar, también va a influir en la actitud individual de cada profesional sanitario.

La conducta de cada individuo está condicionada por la actitud que es fruto de un proceso cognitivo, afectivo y conductual. Todo lo que vivimos influye en nuestras actitudes futuras.

La actitud es algo único que nos caracteriza, modificar las actitudes es muy complicado y requiere un proceso de cambio interno de la persona. Si queremos mejorar nuestra conducta y que este cambio sea duradero en el tiempo, tendremos primero que mejorar nuestra actitud.

HIPÓTESIS



HIPÓTESIS

- En España, en muy poco tiempo (apenas 20 años), se ha pasado de un modelo de Hospitalismo a un modelo de Hospitalización Centrado en la Familia. Es posible que no se haya producido de forma simultánea un cambio de mentalidad adecuado en el personal sanitario, y puede ocurrir que los profesionales que hayan vivido esta época de cambio tengan una actitud más negativa con respecto a la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos.
- Si existe un motivo por el cual los profesionales sanitarios rechacen la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos, será por falta de preparación y de información acerca de los beneficios que aporta la presencia de los padres al niño durante el proceso invasivo.

OBJETIVOS



OBJETIVOS

General:

- Determinar la actitud que tienen los profesionales sanitarios del Hospital Infantil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca con respecto a la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos.

Específicos:

- Analizar en qué medida los padres están presentes en los procesos invasivos que se realizan en pediatría y cuáles son las técnicas invasivas en las que los padres están presentes de forma más frecuentemente.
- Detectar si hay motivos concretos que lleven a los profesionales sanitarios a rechazar la presencia de los padres en los procedimientos invasivos.
- Determinar si los profesionales sanitarios consideran importante que los padres estén presentes durante los procedimientos invasivos.
- Identificar si los profesionales sanitarios tienen necesidad de formación en este campo y si existen protocolos o formas de actuación al respecto en los servicios de pediatría.
- Estudiar si la edad, la experiencia en pediatría, el servicio en el que se trabaja y la categoría profesional influyen en las decisiones y actitudes que toman los profesionales sanitarios con respecto a la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos.

METODOLOGÍA



METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Estudio descriptivo y analítico prospectivo, cuantitativo y cualitativo.

Población de estudio:

Personal sanitario del Hospital Infantil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca(HIHCUVA).

Muestra o sujetos de estudio:

Criterios de inclusión:

- Ser personal sanitario de las siguientes categorías: Pediatras, Enfermería y Auxiliares de enfermería.
- Haber trabajado como mínimo 1 año de forma continuada, en el HIHCUVA

Criterios de exclusión:

- Personal sanitario que se encuentre ausente del trabajo.
- Los supervisores de las unidades no se incluyen dentro del estudio.
- Todo personal no sanitario del Hospital.
- Personal que haya trabajado menos de 1 año en el HIHCUVA.

En enero de 2015, se conoce la población de estudio, preguntando a la jefatura de recursos humanos (la autoridad competente en contratación de personal sanitario del hospital) que nos informa de que el personal sanitario que corresponde a las categorías: auxiliares de enfermería, enfermería y pediatrías, contando solo con los que trabajan a inicio del 2015 en el HIHCUVA es 444 sanitarios, sobre esta población se realiza cálculo muestral utilizando el programa estadístico EPIDAT.4.1 (88).

Se toma como referencia para el cálculo muestral un estudio que se realizó en España a los profesionales sanitarios en un hospital del mismo nivel que el HIHCUVA (17).

Se calcula el tamaño muestral para estimar, según categorías, los profesionales sanitarios con un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 5%.

Para encontrar una respuesta desfavorable de un 2%, semejante a la hallada por Martínez et al (84), una precisión del 5%, una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, se precisa una muestra de 308 profesionales.

Esta muestra se estratificó por categorías profesionales de entre los trabajadores del HIHCUVA y también se realizó distribución por conglomerados para que hubiera representación de las unidades y secciones del hospital.

Teniendo en cuenta que nuestra población a estudio está compuesta por tres grupos:

- 94 (pediatras + residentes de pediatría), representados por una proporción esperada 50%.
- 203 (enfermeros + residentes de enfermería), representados por una proporción esperada 48%.
- 147 auxiliares de enfermería, representados por una proporción esperada de 37,5%.

Se ha realizado un reparto estratificado de la muestra proporcional al tamaño de las unidades de pediatría participantes. Establecemos la muestra por conglomerados:

Urgencias: m1
Uci Neonatal: m2
Uci Pediátrica: m3
Oncología: m4
Neonatos: m5
Lactantes: m6
Aislados: m7
Escolares: m8
Cirugía: m9
Consultas: m10
Reanimación: m11

Muestra:
 $m1+m2+m3+m4+m5+m6+m7+m8+m9+m10+m11$

Siendo m = pediatras + enfermería + auxiliares.

Unidades de pediatría	Pediatras	Enfermeros	Auxiliares
Uci Pediátrica	8	29	11
Uci Neonatal	8	42	22
Neonatos	6	32	33
Lactantes	8	15	17
Aislados	5	8	9
Escolares	8	14	14
Cirugía	8	16	14
Reanimación	3	4	2
Urgencias	8	22	14
Oncología	8	16	9
Consultas externas	24	5	2
Total: 444	94	203	147

Población a estudio

Unidades de pediatría	Pediatras	Enfermeros	Auxiliares
Uci Pediátrica	7	16	8
Uci Neonatal	7	28	16
Neonatos	6	21	25
Lactantes	6	9	12
Aislados	6	5	6
Escolares	6	8	10
Cirugía	6	10	10
Reanimación	5	2	1
Urgencias	7	14	10
Oncología	6	9	6
Consultas externas	14	5	1
Total: 308	76	127	105

Muestra distribuida por estratos

Variables que se aplican a la muestra:

Unidades de pediatría
Categoría profesional
Sexo



Variables cualitativas

Edad
Años de experiencia profesional



Variables cuantitativas

Procedimiento

Bloque I: desarrollado durante año 2015/2016

Se diseñó un cuestionario (anexo 1) basado en la encuesta validada, que se ajuntó en el estudio “¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España”, realizada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Sant Joan de Deu en el año 2010 (76) (anexo 2).

Añadimos al final del cuestionario un espacio de comentarios para texto libre, con el fin de que los profesionales pudieran expresar a través del texto sus pensamientos.

Este cuestionario se lo entregamos al director médico del HIHUVA quien dio su aprobación y consentimiento para que iniciáramos la investigación y procedimos a comunicarlo al Comité de Ética de la Investigación del HCUVA, obteniendo los permisos para la realización de la investigación.

El cuestionario iba acompañado de un texto introductorio donde se aseguraba la protección de datos y se explicaba en qué consistía la investigación.

Al personal sanitario se les entregaron las encuestas de forma personal y las realizaron de forma individual, libre y voluntariamente. Se dejaba un tiempo para su realización y se recogía el mismo día. Durante el cuestionario se respetó la privacidad.

Los cuestionarios se realizaron durante el día, en horario de trabajo, intentando buscar los periodos de menos presión asistencial para que los sanitarios estuvieran más predispuestos a la realización de la encuesta.

En este periodo se obtuvieron 227 encuestas.

Bloque II: desarrollado durante 2020

Del año 2018 al 2020, se trasladó parte del Hospital infantil a un bloque nuevo y se hicieron cambios en algunos servicios. El área de aislados desapareció (incorporándose una zona de aislados en las plantas que lo necesitaban), se crearon áreas nuevas como son las plantas de psiquiatría y adolescentes. Aumentó el número de niños que se atendían ampliando el rango de edad de 12 a 14 años.

Para dar consistencia y veracidad a la investigación, vimos necesario evaluar la nueva situación, para ello la encuesta realizada en el bloque I al personal sanitario, la volvimos a realizar tras 5 años de cambios (sobre todo estructurales) tomando la misma muestra que en el bloque I, para establecer un estudio comparativo que nos permita identificar los cambios de actitudes en el personal sanitario con respecto a la presencia de las padres en las técnicas invasivas.

Muestra II: Se tomará el personal sanitario por estratos según la muestra establecida en bloque I, sobre la población de 444 sanitarios.

Los servicios que constituyen el nuevo hospital infantil son:

- Urgencias, Reanimación, Uci neonatal, Uci pediátrica, Neonatos, Lactantes, Preescolares, Escolares, Adolescentes, Psiquiatría, Cirugía, Oncología, Hospital de día, Consultas externas.

Para que nuestro estudio se pueda comparar con la investigación previa (bloque I), tomaremos los mismos servicios que analizamos en el bloque I.

- Urgencia, Reanimación, Uci neonatal, Uci pediátrica, Neonatos, Lactantes, Escolares (juntamos grupos escolares y preescolares como estaba en bloque I), Cirugía, Oncología (juntamos oncología y hospital de día, como estaba en bloque I) y consultas externas.

Procedimiento II: La encuesta será la misma que en el bloque I y se realiza con igual procedimiento.

En este periodo se obtuvieron 267 encuestas.

Tratamiento de los resultados

Los resultados del cuestionario se procesaron con Microsoft Excel para obtener análisis descriptivo.

Estudio estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el software estadístico STATA (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Para análisis de la asociación entre variables cualitativas se utilizó el estudio de tablas de contingencia mediante el test de la Chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher, en su caso. Se realizó, además análisis de residuos en las tablas de contingencia de más de 2x2 celdas.

La comparación entre las medias de las variables cuantitativas se analizaron mediante el test de “t” de Student y el análisis de varianza (ANOVA) con la corrección de Bonferroni, en su caso.

Finalmente se realizó análisis multivariante mediante regresión logística considerando la presencia de los padres (S/N) y también la opinión favorable de los profesionales (S/N) como variables dependientes y la edad de los profesionales, la categoría profesional, la unidad asistencial donde trabajan y los años de actividad profesional como independientes.

Los resultados cualitativos, los comentarios en los cuestionarios fueron evaluados como texto libre por un programa analítico de texto KH Coder 3. KH Coder produce una lista de palabras ordenadas de acuerdo con sus frecuencias e interrelaciones para analizar y visualizar el contenido del texto como una red de coincidencia. Con frecuencia, los términos concurrentes en la visualización están conectados por líneas / bordes, la frecuencia relativa de los términos se indica por el tamaño relativo de su nodo, y la frecuencia relativa de la coincidencia de términos se indica por el grosor relativo de la conexión del borde sus nodos.

RESULTADOS



RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

MUESTRA

La muestra que esperábamos obtener según el cálculo muestral es 308 encuestas. En total obtenemos 494 encuestas, en el año 2015 el personal sanitario realizó 227 encuestas, que supone el 45,95% del total de encuestas y en el 2020 realizaron 267 encuestas, que supone el 54,25% del total de encuestas, un 8% más de encuestas en 2020 con respecto al 2015.

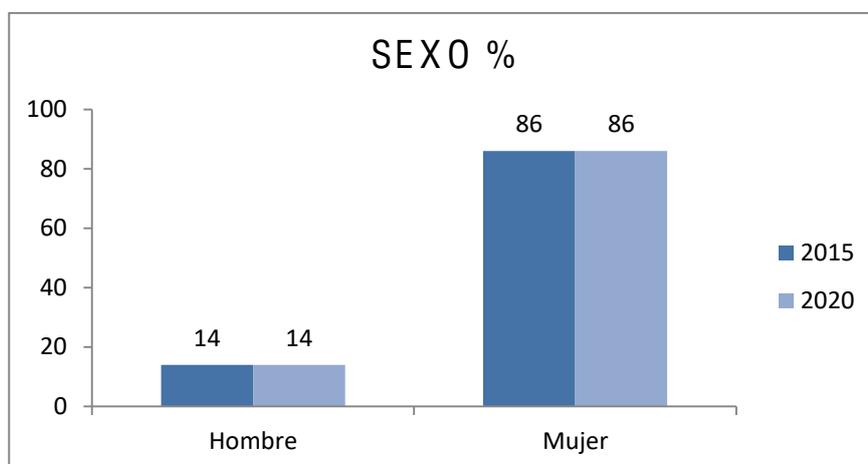
Si distribuimos la muestra según su distribución por estratos obtenemos:

N ^º ENCUESTAS	Pediatras			Enfermeros			Auxiliares		
	Muestra Esperada	2015	2020	Muestra Esperada	2015	2020	Muestra Esperada	2015	2020
Uci Pediátrica	7	3	3	16	13	16	8	3	3
Uci Neonatal	7	3	5	28	22	28	16	16	16
Neonatos	6	5	5	21	19	28	25	18	18
Lactantes	6	3	2	9	12	5	12	3	7
Aislados	6	4	0	5	4	0	6	4	0
Escolares	6	3	3	8	4	10	10	5	12
Cirugía	6	3	6	10	7	10	10	4	9
Reanimación	5	4	2	2	2	3	1	1	1
Urgencias	7	6	10	14	16	18	10	8	9
Oncología	6	4	3	9	6	10	6	5	4
Consultas externas	14	12	10	5	4	9	1	1	3
Total:	76	50	49	127	109	137	105	68	82

VARIABLES:

- SEXO

SEXO	2015		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hombre	31	14	38	14
Mujer	195	86	229	86



Nuestra población es principalmente femenina (86%), siendo los varones una minoría (14%). Manteniendo igual esta proporción en 2015 y 2020.

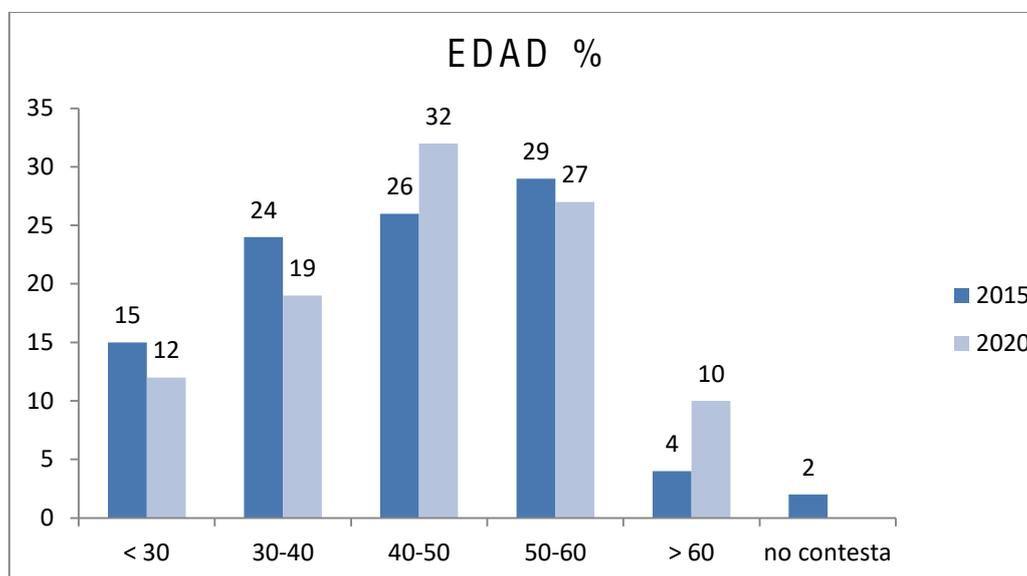
- EDAD Y EXPERIENCIA LABORAL

	MEDIAS			ERROR STANDART			INTERVALO DE CONFIANZA 95%		
	2015	2020	TOTAL	2015	2020	TOTAL	2015	2020	TOTAL
EDAD	43,46	44,95	44,27	0,721	0,646	0,482	42,04 - 44,88	43,5 - 46,19	43,32 - 45,21
EXPERIENCIA	12,46	11,95	12,18	0,646	0,568	0,426	11,19 - 13,74	10,83 - 13,07	11,34 - 13,02

EDAD	2015		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
< 30	34	14,97	32	11,98
30-40	55	24,23	50	18,73
40-50	59	25,99	86	32,2
50-60	65	28,63	73	27,34
> 60	10	4,4	26	9,74
no contesta	4	1,76	0	

Los datos entre 2015 y 2020 no son muy diferentes, los sanitarios de nuestro estudio son mayoritariamente mayores de 40 años, entre 40-60 años. En 2015, 134 (59%) sanitarios y 185 (69%) en 2020.

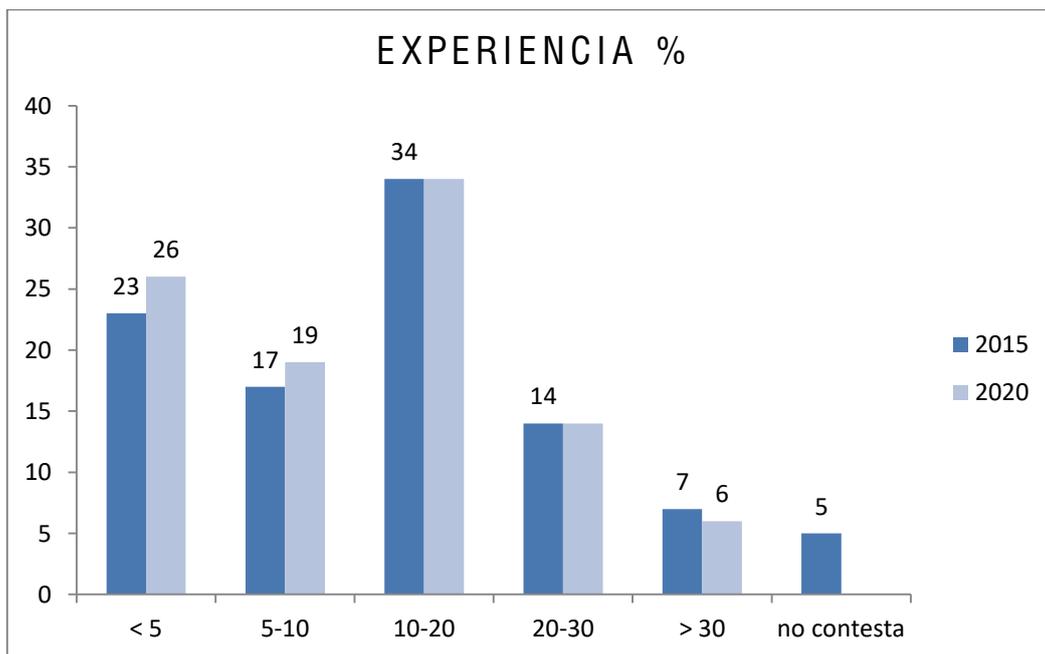
La media de edad en 2015 de 43 años y en 2020 de 45 años. Han aumentado en 2020 los sanitarios mayores de 60 años, 26 (9,7%), en relación a 10 (4,4%) que había en 2015. Han disminuido los sanitarios menores de 40 años en 2015, 89 (39,2%) y en 2020, 82 (30,6%).



- AÑOS DE EXPERIENCIA

Experiencia	2015		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
< 5	53	23.3	71	26.6
5-10	38	16.7	52	19.5
10-20	76	33.6	90	33.7
20-30	32	14.1	38	14.2
> 30	17	7.5	16	6
no contesta	11	4.8		

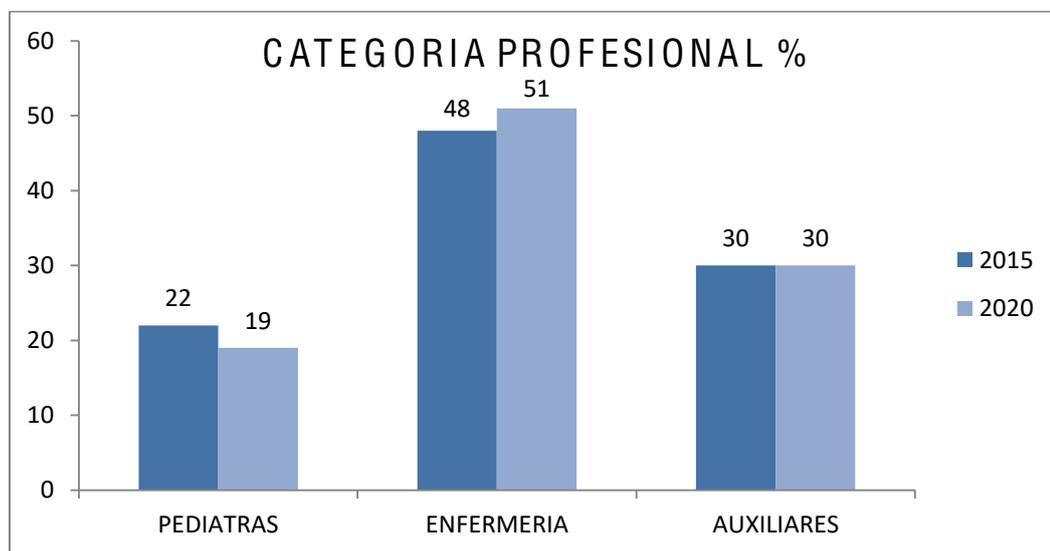
Los datos son similares en 2015 y 2020. Nuestra muestra está formada por sanitarios adultos, media 44 años y con una gran experiencia en pediatría, media de 12 años. Se observa que en el 2020 hay un 5% más de sanitarios con menos experiencia (< 10 años) y ha disminuido levemente 1% los sanitarios con > 30 años de experiencia.



- CATEGORÍA PROFESIONAL

CATEGORÍA PROFESIONAL		2015	2020	TOTAL
PEDIATRAS	Frecuencia	50	49	99
	%	51	49	100
	% total	22	19	20
ENFERMERÍA	frecuencia	109	137	246
	%	44	56	100
	% total	48	51	50
AUXILIARES	Frecuencia	68	81	149
	%	46	54	100
	% total	30	30	30
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

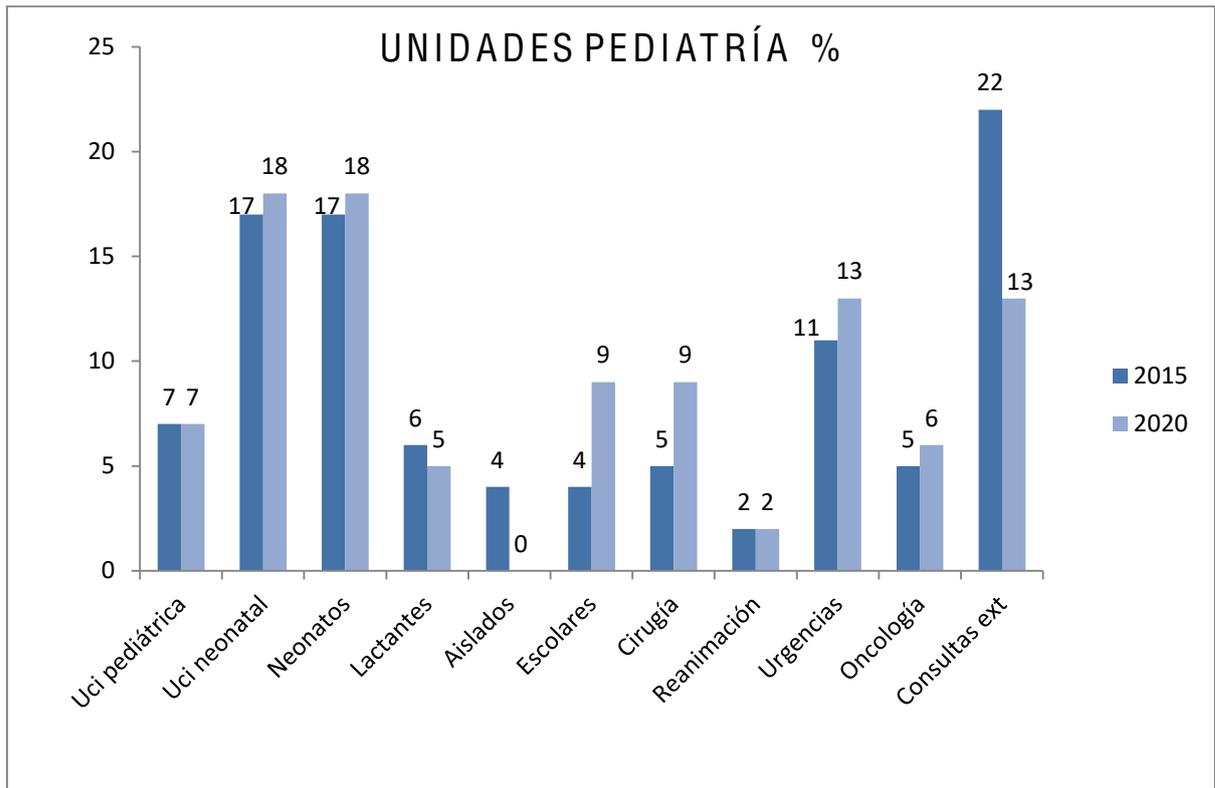
En el 2020 ha aumentado la participación de sanitarios en las encuestas, ha aumentado más la participación de enfermería 3% y ha disminuido la participación de los pediatras 3%, los auxiliares están representados en la misma proporción.



- UNIDADES DE PEDIATRÍA

UNIDADES		2015	2020	TOTAL
UCI PEDIÁTRICA	Frecuencia	16	20	36
	%	44	56	100
	% total	7	7	7
UCI NEO	Frecuencia	39	47	86
	%	45	55	100
	% total	17	18	17
NEONATOS	Frecuencia	39	48	87
	%	45	55	100
	% total	17	18	18
LACTANTES	Frecuencia	14	13	27
	%	52	48	100
	% total	6	5	5
AISLADOS	Frecuencia	9	0	9
	%	100	0	100
	% total	4	0	2
ESCOLARES	Frecuencia	8	24	32
	%	25	75	100
	% total	4	9	7
CIRUGÍA	Frecuencia	11	24	35
	%	31	69	100
	% total	5	9	7
REANIMACIÓN	Frecuencia	4	6	10
	%	40	60	100
	% total	2	2	2
URGENCIAS	Frecuencia	26	34	60
	%	43	57	100
	% total	11	13	12
ONCOLOGÍA	Frecuencia	12	16	28
	%	43	57	100
	% total	5	6	6
C.EXTERNAS	Frecuencia	49	35	84
	%	58	42	100
	% total	22	13	17
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	45	54	100
	% total	100	100	100

Todas las unidades de pediatría han aumentado su representación en 2020, excepto Consultas externas que ha disminuido de 49 (22%) a 35 (13%), lactantes disminuye levemente de 14 (6%) a 13 (5%) y aislados no tiene representación en 2020 porque esta unidad desaparece, generándose en cada unidad habitaciones de aislados, por lo que este servicio está representado en el resto de los servicios.

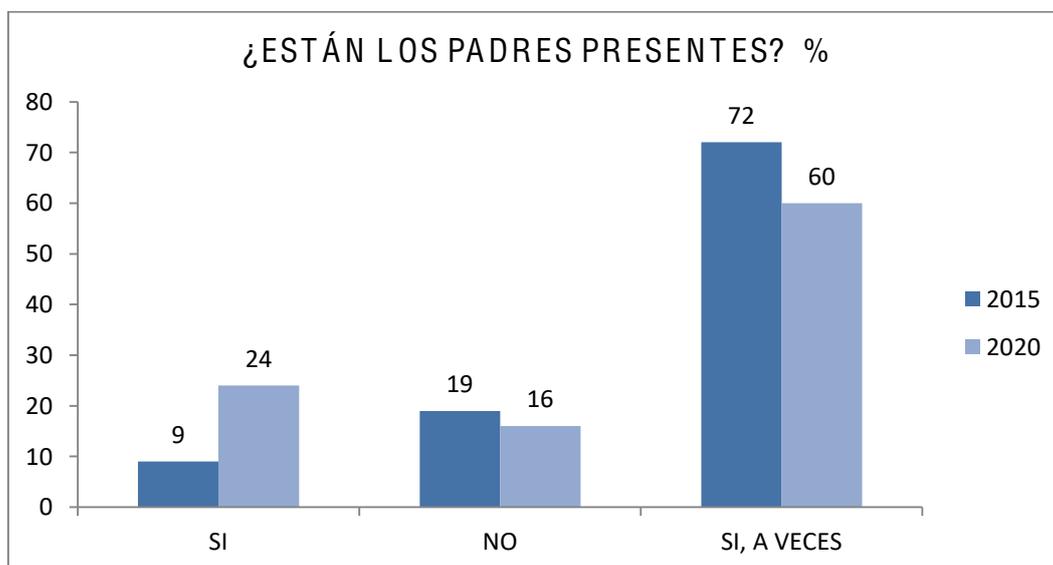


RESULTADOS DESCRIPTIVOS CUANTITATIVOS DE ENCUESTA

1. En su servicio, ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos que se realizan a los niños?

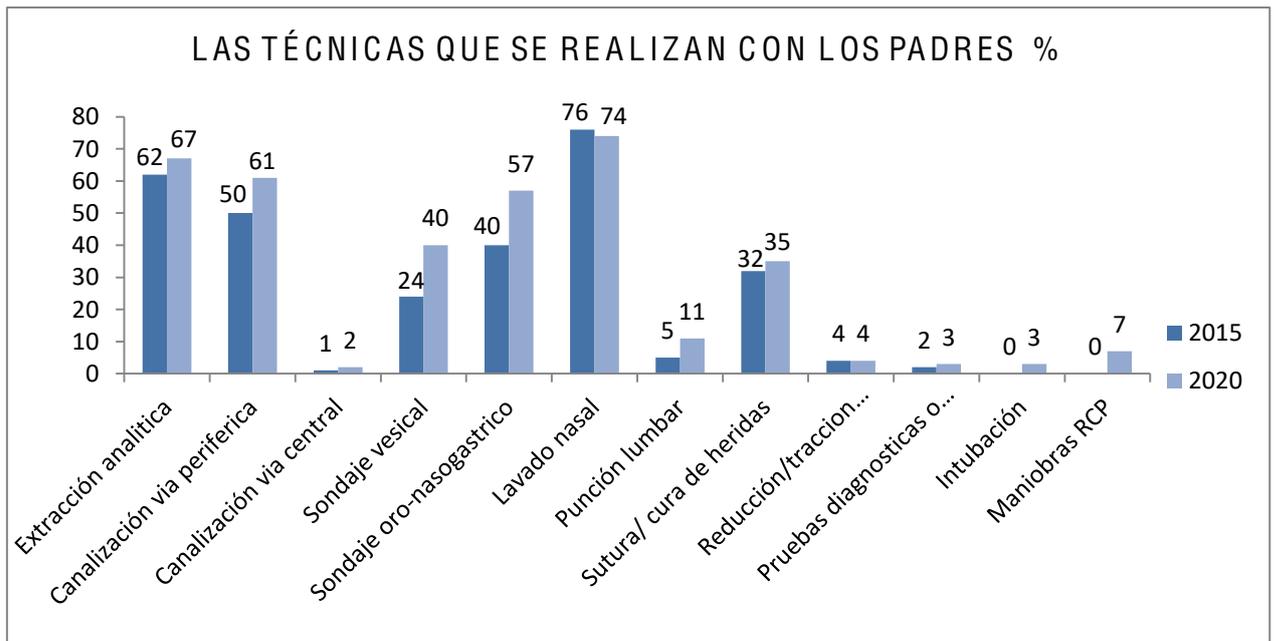
¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		2015	2020	TOTAL
SÍ	Frecuencia	20	64	84
	%	24	76	100
	% total	9	24	17
NO	frecuencia	43	44	87
	%	49	51	100
	% total	19	16	18
SÍ, A VECES	Frecuencia	164	159	323
	%	51	49	100
	% total	72	60	65
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

Ha aumentado claramente la presencia de los padres en 2020, justo la proporción que ha disminuido en las respuestas “Sí, a veces” (12%) y “No” (3%) es el 15% que ha aumentado de la respuesta “Sí”. Pero aún sigue habiendo un porcentaje muy alto de respuestas “Sí, a veces”, 323(65%) del total encuestado.



- Si has contestado Sí o Sí, a veces:
- ¿Cuáles son las técnicas que se realizan habitualmente con los padres?

TÉCNICAS QUE SE REALIZAN CON PADRES		2015	2020	TOTAL
Extracción de analítica	SI	140	180	320
	%	44	56	100
	% total	62	67	65
Canalización vía periférica	SI	113	163	276
	%	41	59	100
	% total	50	61	56
Canalización vías centrales	SI	3	6	9
	%	33	67	100
	% total	1	2	2
Sondaje vesical	SI	54	107	161
	%	34	66	100
	% total	24	40	33
Sondaje oro/nasogástrico	SI	90	151	241
	%	37	63	100
	% total	40	57	49
Lavado nasal	SI	173	198	371
	%	47	53	100
	% total	76	74	75
Punción lumbar	SI	11	30	41
	%	27	73	100
	% total	5	11	8
Sutura/cura de heridas	SI	73	93	166
	%	44	56	100
	% total	32	35	34
Tracción esquelética	SI	8	11	19
	%	42	58	100
	% total	4	4	4
Pruebas diagnósticas y tratamientos	SI	5	7	12
	%	42	58	100
	% total	2	3	2
Intubación	SI	0	8	8
	%	0	100	100
	% total	0	3	2
Maniobras RCP	SI	1	19	20
	%	5	95	100
	% total	0	7	4



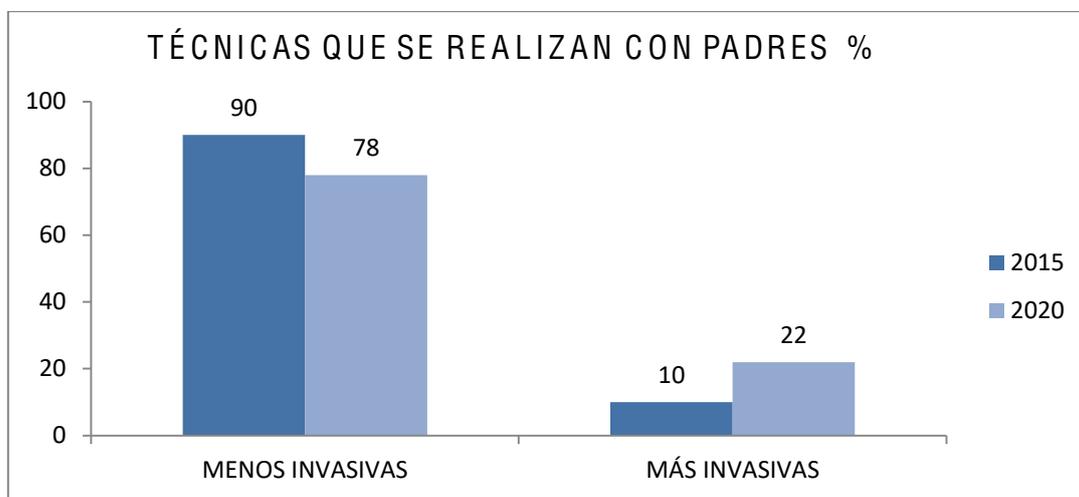
Ha aumentado la presencia de padres en casi todas las técnicas, excepto en lavado nasal que se reduce muy poco 2% y en reducción/ tracción esquelética que se queda con igual porcentaje 4%.

Si analizamos la presencia de padres en las técnicas más invasivas y menos invasivas.

Considerando como:

<u>Técnicas menos invasivas:</u>	<u>Técnicas más invasivas</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Extracción analítica - Canalización vía periférica - Sondaje oro-nasogástrico - Sondaje vesical - Lavado nasal - Cura de heridas y suturas 	<ul style="list-style-type: none"> - Canalización vía central - Punción lumbar - Tracción esquelética - Intubación endotraqueal - Maniobras RCP

TÉCNICAS		2015	2020	TOTAL
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	204	208	412
	%	50	50	100
	% total	90	78	83
MAS INVASIVAS	frecuencia	23	59	82
	%	28	72	100
	% total	10	22	17
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

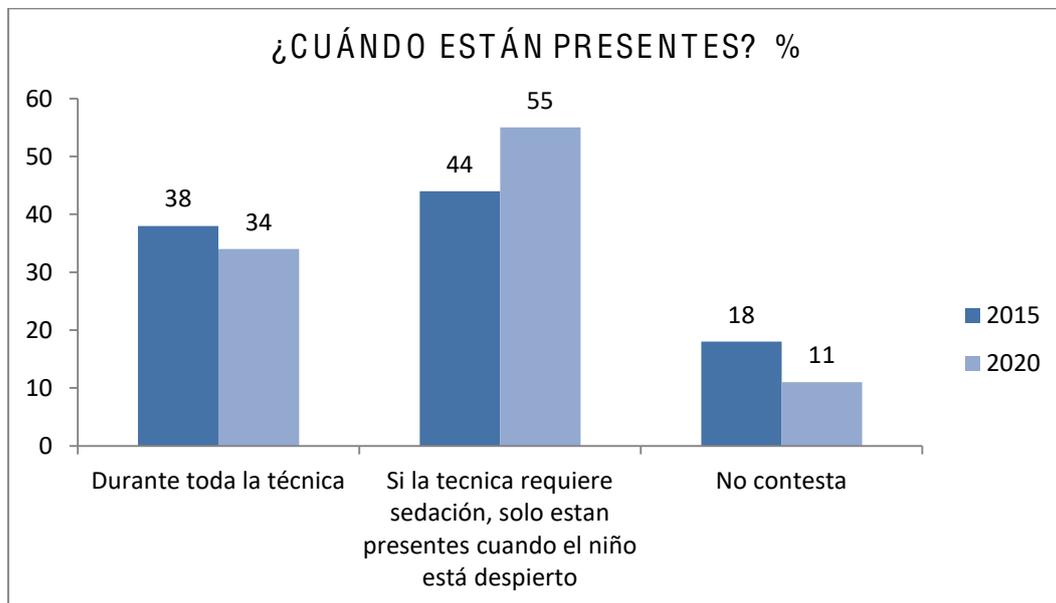


Las técnicas que se realizan con los padres presentes son las menos invasivas, 412 (83%) del total de encuestas. Se observa una tendencia a que los padres estén presentes en las técnicas más invasivas un 12% más en 2020, en el mismo porcentaje ha disminuido la presencia de los padres en las técnicas menos invasivas.

- ¿Cuándo están presentes los padres?

¿CUÁNDO ESTÁN PRESENTES?		2015	2020	TOTAL
Durante toda la técnica	Frecuencia	87	90	177
	%	49	51	100
	% total	38	34	36
Si la técnica requiere sedación, solo están presentes cuando el niño está despierto	frecuencia	100	148	248
	%	40	60	100
	% total	44	55	50
No contesta	Frecuencia	40	29	69
	%	58	42	100
	% total	18	11	14
Total	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

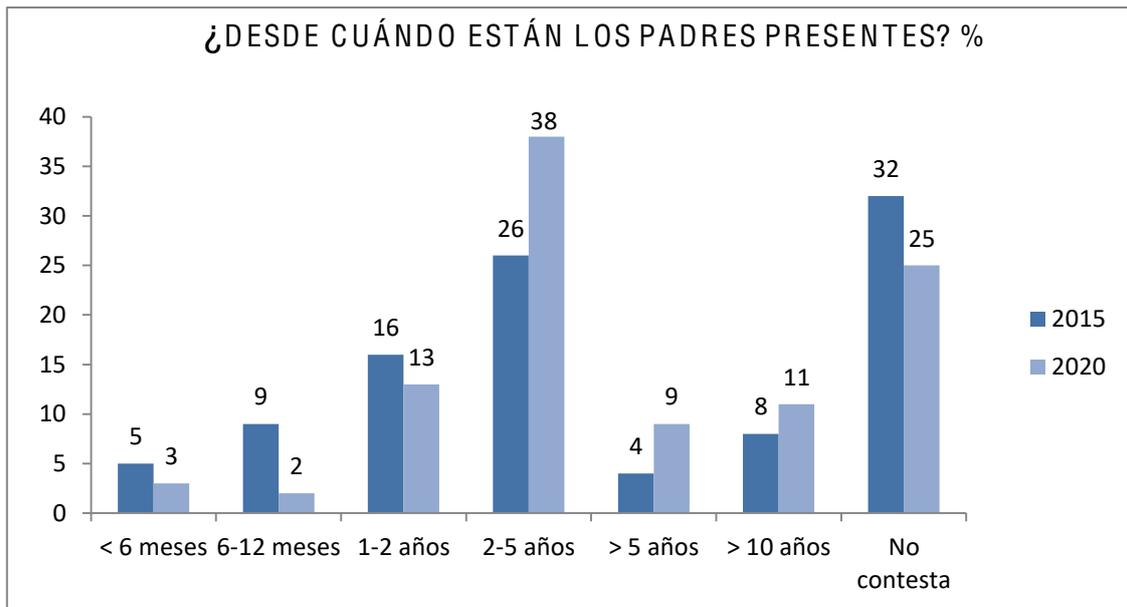
La respuesta más frecuente ha sido: Si la técnica requiere sedación, los padres están con su hijo cuando está despierto, durante la técnica los padres no están presentes, 100(44%) en 2015, 148(55%) en 2020.



- ¿Cuánto tiempo se están realizando estas técnicas con los padres?

¿DESDE CUÁNDO ESTÁN PRESENTES?		2015	2020	TOTAL
< 6 MESES	Frecuencia	11	7	18
	%	61	39	100
	% total	5	3	4
6-12 MESES	frecuencia	20	5	25
	%	80	20	100
	% total	9	2	5
1-2 AÑOS	Frecuencia	36	34	70
	%	51	49	100
	% total	16	13	14
2-5 AÑOS	Frecuencia	59	102	161
	%	37	63	100
	% Total	26	38	33
> 5 AÑOS	Frecuencia	10	23	33
	%	30	70	100
	% total	4	9	7
> 10 AÑOS	Frecuencia	19	30	49
	%	39	61	100
	% total	8	11	10
NO CONTESTA	Frecuencia	72	66	138
	%	52	48	100
	% total	32	25	28
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% total	100	100	100

Hay una falta de consenso sobre el momento en el que se permite a los padres permanecer junto a sus hijos en las técnicas invasivas, muchos sanitarios no contestan, 72 (32%) en 2015, 66 (25%) en 2020. La respuesta más frecuente es de 2-5 años 161(33%) de todos los encuestados, esta respuesta ha aumentado de 59(26%) en 2015 a 102(38%) en 2020.

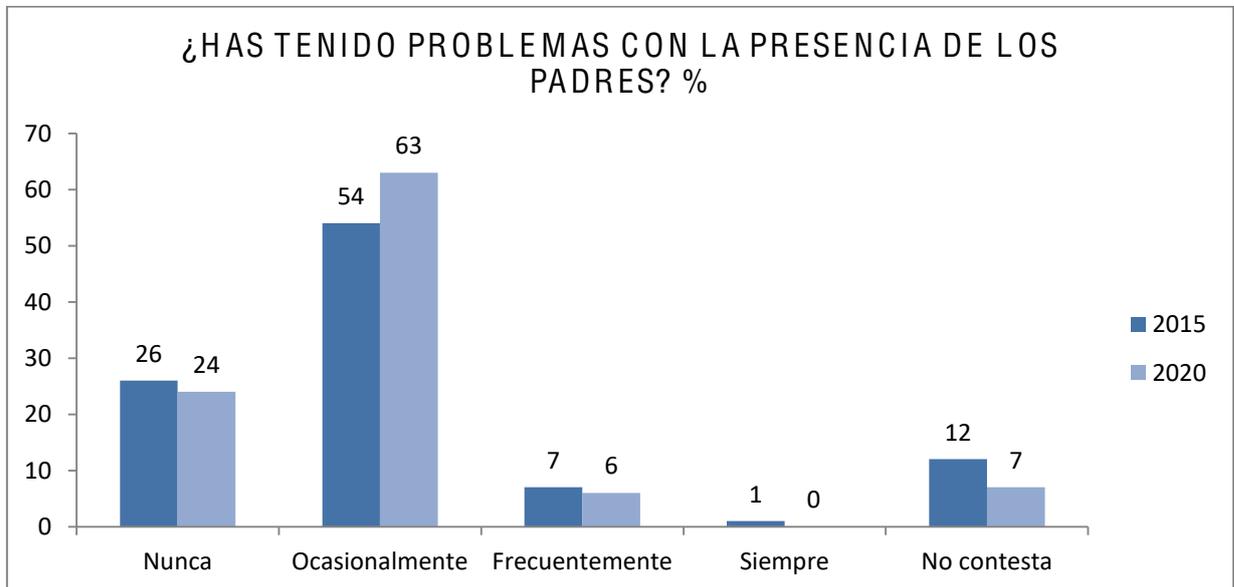


- ¿Has tenido problemas derivados de la presencia de los padres?

¿HAS TENIDO PROBLEMAS?		2015	2020	TOTAL
NUNCA	Frecuencia	58	64	122
	%	48	52	100
	% total	26	24	25
OCASIONALMENTE	frecuencia	122	169	291
	%	42	58	100
	% total	54	63	59
FRECUENTEMENTE	Frecuencia	17	16	33
	%	52	48	100
	% total	7	6	7
SIEMPRE	Frecuencia	2	0	2
	%	100	0	100
	% Total	1	0	0
NO CONTESTA	Frecuencia	28	18	46
	%	61	39	100
	% total	12	7	9
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% total	100	100	100

Los sanitarios ocasionalmente tienen problemas con la presencia de los padres, 122 (54%) sanitarios en 2015 y 169 (63%) sanitarios en 2020, han aumentado los problemas ocasionales un 9%, que parece estar relacionado con una mayor presencia de los padres

en las técnicas invasivas del 2015 al 2020. Hay muchos sanitarios que no han tenido nunca problemas con los padres 122 (25%) del total de encuestados y muy pocos que han tenido problemas frecuentemente o siempre 35 (7%).

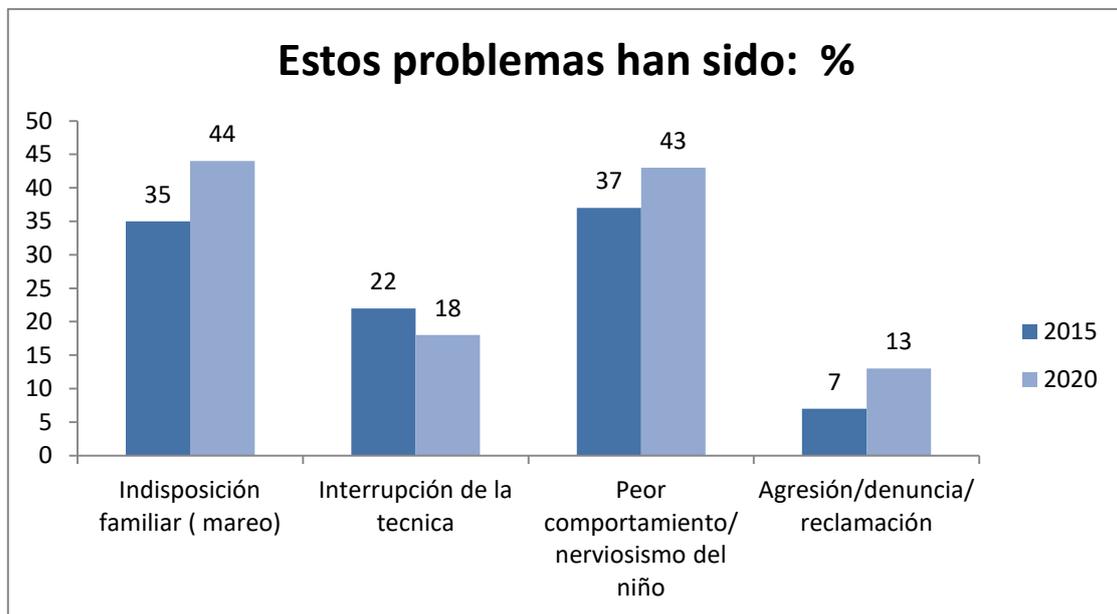


- Estos problemas han sido:

ESTOS PROBLEMAS HAN SIDO:		2015	2020	TOTAL
Indisposición familiar (mareo...)	SÍ	80	117	197
	%	41	59	100
	% total	35	44	40
Interrupción de la técnica	SÍ	49	48	97
	%	51	49	100
	% total	22	18	20
Peor comportamiento o mayor nerviosismo del niño	SÍ	83	116	199
	%	42	58	100
	% total	37	43	40
Agresión/denuncia/reclamación	SÍ	17	36	53
	%	32	68	100
	% total	7	13	11

Se observa que han aumentado los problemas con la presencia de los padres en las técnicas invasivas en estos 5 años.

La respuesta más frecuente ha sido “Indisposición familiar (mareo, etc.)”, 197(40%) del total de encuestados, ha aumentado este problema de 2015 a 2020, 37 (14%). Los problemas “Peor comportamiento o nerviosismo del niño”, y “Agresión/denuncia/reclamación”, también han aumentado 6%. Ha disminuido “Interrupción de las técnicas invasivas” 4%.



- Si has contestado que los padres “No” están presentes:

- ¿Por qué motivos no se propone la presencia de los padres?

MOTIVOS POR LOS QUE NO SE PROPONE :		2015	2020	TOTAL
Por la invasividad del procedimiento	SÍ	64	63	127
	%	50	50	100
	% total	28	24	26
Peor rendimiento del personal sanitario	SÍ	38	37	75
	%	51	49	100
	% total	17	14	15
Mayor número de denuncias/ reclamaciones	SÍ	13	5	18
	%	72	28	100
	% total	6	2	4
Mayor nerviosismo de los niños	SÍ	36	32	68
	%	53	47	100
	% total	16	12	14
Ansiedad de los padres	SÍ	90	81	171
	%	53	47	100
	% total	40	30	35
Los padres no están preparados	SÍ	67	62	129
	%	52	48	100
	% total	30	23	26
Motivos de asepsia	SÍ	14	32	46
	%	30	70	100
	% total	6	12	9
Espacio físico reducido	SÍ	43	35	78
	%	55	45	100
	% total	19	13	16

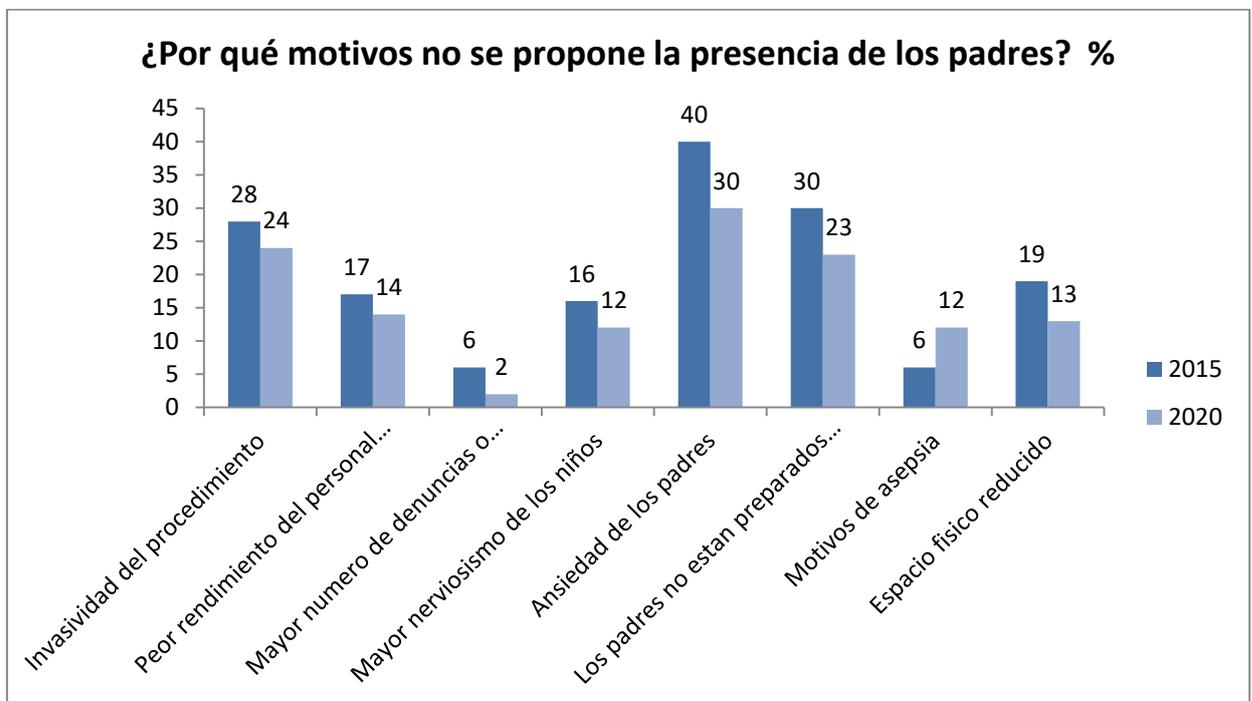
En esta pregunta ha habido un alto porcentaje de “No contesta”, los porcentajes de respuesta afirmativa son menor o igual al 197(40%), por lo que más del 297(60%) de los sanitarios no saben o no contestan los motivos por los que no se le permite a los padres estar con sus hijos en las técnicas invasivas.

Los que contestan a esta pregunta piensan mayoritariamente 120(61%) que se debe a la ansiedad de los padres y a que éstos no están preparados para presenciar determinados procedimientos. Seguido de por la invasividad del procedimiento 127 (26%).

Por lo que podemos deducir que un 427 (87%) del personal sanitario piensan que los motivos por los que los niños no deben estar acompañados por sus familiares es por:

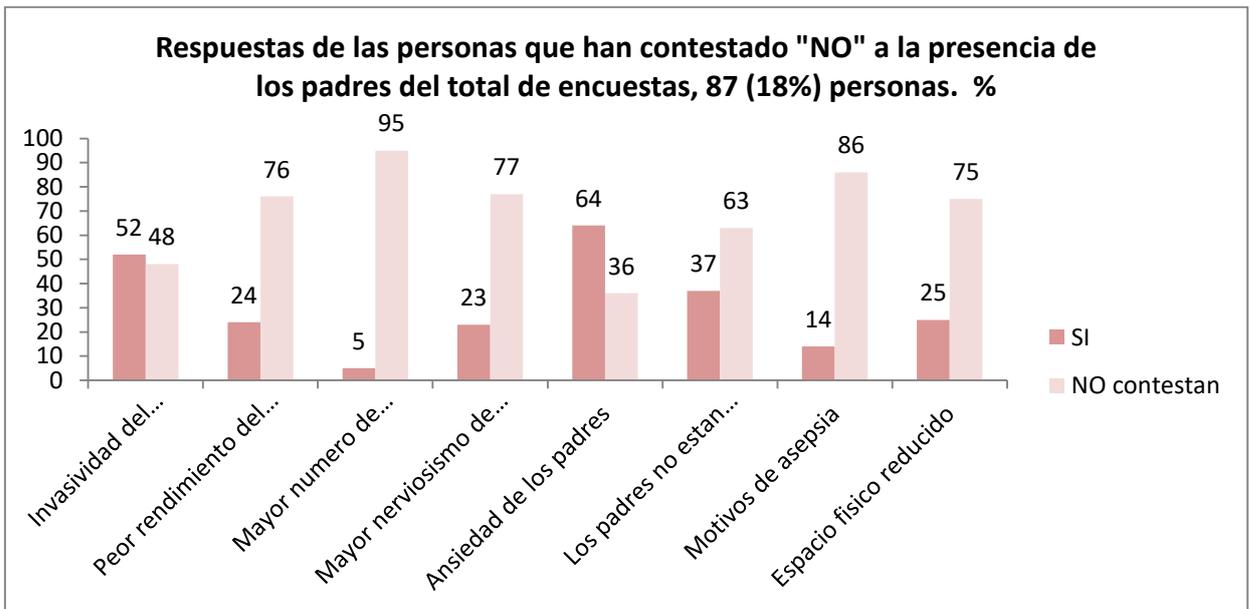
- La invasividad del procedimiento.
- Los padres no están preparados para presenciar determinados procedimientos.
- La ansiedad que manifiestan los padres en estos momentos.

Los sanitarios han contestado menos a esta pregunta en 2020, excepto la respuesta “por motivo de asepsia” que ha aumentado un 18 (6%), por la pandemia que estábamos viviendo en Junio de 2020 cuando se realizó la encuesta.



Si en esta pregunta, analizamos solo a los sanitarios que contestaron “No” a la pregunta “En tu servicio, ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos que se realizan a los padres?”. Obtenemos las mismas respuestas:

- La invasividad del procedimiento.
- Los padres no están preparados para presenciar determinados procedimientos.
- La ansiedad que manifiestan los padres en estos momentos.

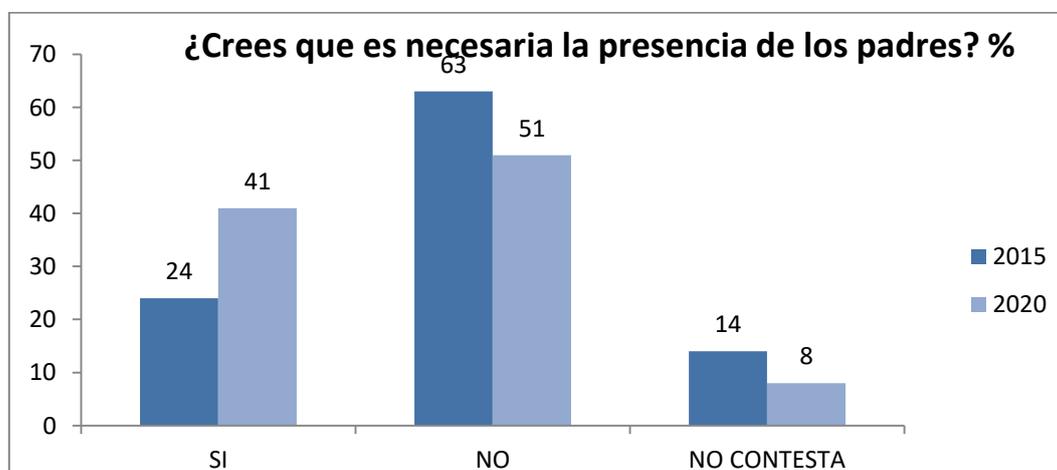


2. ¿Crees que es necesaria la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos?

¿ES NECESARIA LA PRESENCIA?		2015	2020	TOTAL
SÍ	Frecuencia	54	110	164
	%	33	67	100
	% total	24	41	33
NO	frecuencia	142	136	278
	%	51	49	100
	% total	63	51	56
NO CONTESTA	Frecuencia	31	21	52
	%	52	40	100
	% total	14	8	11
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

Ha mejorado claramente la actitud hacia la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Han aumentado los sanitarios que piensan que “SÍ” es necesario que los padres estén presentes en las técnicas invasivas, 54(24%) en 2015 y 110 (41%) en 2020. Han disminuido los sanitarios que piensan que “NO” es necesaria la presencia de padres, 142 (63%) en 2015 y 136 (51%) en 2020.

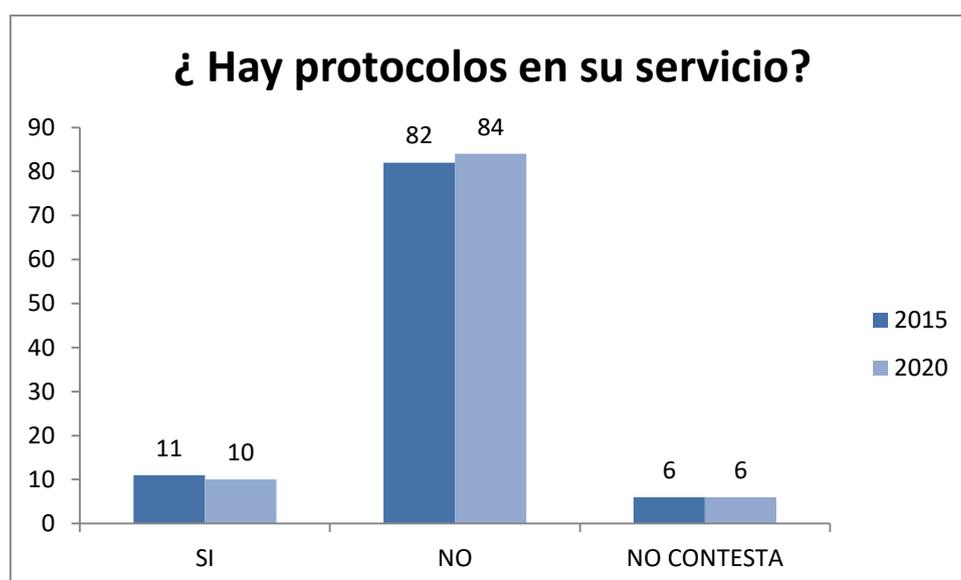
La mayoría de los sanitarios piensan que “NO” es necesaria la presencia de padres en las técnicas invasivas, observando todos los resultados, 278 (56%) sanitarios piensan que “NO” con respecto a 164 (33%) que piensan que “SÍ” y hay 52 (11%) que no contestan.



3. En su servicio, ¿Existe un protocolo específico sobre la presencia de los padres?

¿EXISTEN PROTOCOLOS?		2015	2020	TOTAL
Sí	Frecuencia	26	28	54
	%	48	52	100
	% total	11	10	11
NO	frecuencia	187	224	411
	%	46	55	100
	% total	82	84	83
NO CONTESTA	Frecuencia	14	15	29
	%	48	52	100
	% total	6	6	6
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

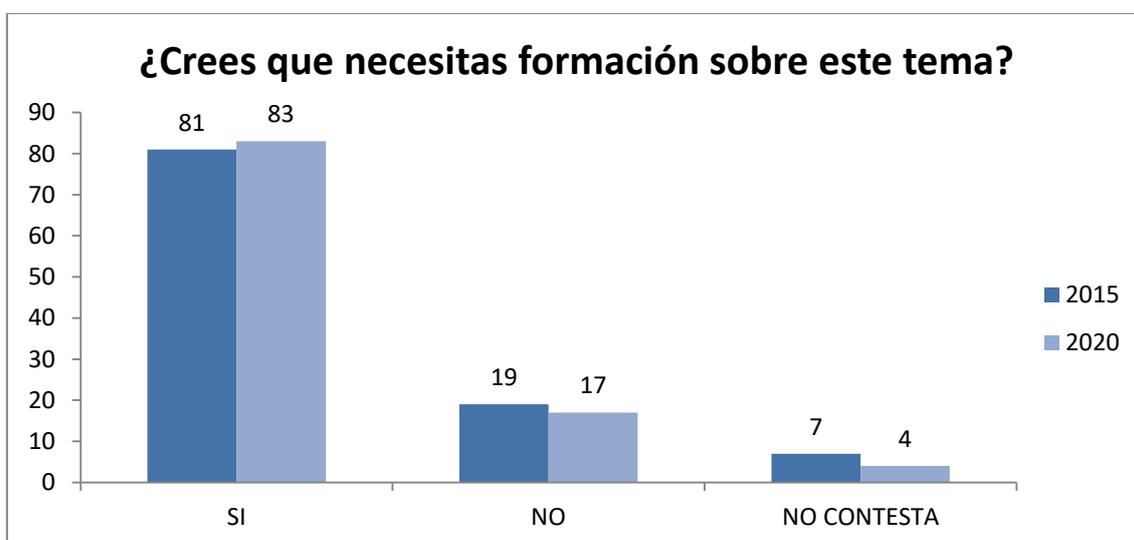
En los servicios no hay protocolos específicos sobre la presencia de padres en las técnicas invasivas. Si juntamos la respuesta “NO” y “No contesta” obtenemos 201 (88%) en 2015 y 239 (90%) en 2020. En total son 440 (89%) sanitarios que dicen que no hay protocolos o no contestan.



4. ¿Crees que es necesario desarrollar algún tipo de formación a los profesionales sanitarios, grupos de trabajo y/o elaboración de protocolos sobre el tema?

FORMACION		2015	2020	TOTAL
SÍ	Frecuencia	171	213	384
	%	45	55	100
	% total	81	83	82
NO	frecuencia	40	44	84
	%	48	52	100
	% total	19	17	18
NO CONTESTA	Frecuencia	16	10	26
	%	62	38	100
	% total	7	4	5
TOTAL	Frecuencia	227	267	494
	%	46	54	100
	% Total	100	100	100

No ha cambiado mucho la necesidad de formación de 2015 a 2020, prácticamente los datos son iguales, lo que indica que en estos 5 años no se ha dado formación sobre este tema. Una gran mayoría de sanitarios creen que necesitan formación sobre este tema, 384 (82%), unos pocos creen no necesitar formación 84(18%) y 26 (5%) no contestan.



RESULTADOS ANALÍTICOS

Establecemos un análisis detallado relacionando las preguntas más relevantes en la investigación con las variables, para calcular los datos que son significativos.

1. En tu servicio, ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos que se realizan a los niños?

Relacionado con las variables: Categoría profesional, unidades, edad y experiencia.

- Categoría profesional

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		PEDIATRAS	ENFERMEROS	AUXILIARES
SÍ	frecuencia	15	47	22
	frecuencia esperada	16,834	41,83	25,336
	análisis de residuos	-0,549	1,238	-0,871
NO	frecuencia	11	40	36
	frecuencia esperada	17,435	43,324	26,241
	análisis de residuos	-1,899	-0,785	2,512
SI, A VECES	frecuencia	73	159	91
	frecuencia esperada	64,731	160,846	97,423
	análisis de residuos	1,954	-0,349	-1,324

Pearson chi2 = 9,04 Pr = 0,06

El estudio analítico muestra asociación estadísticamente significativa por la que el grupo de auxiliares responden más frecuentemente que los padres no están presentes y, en cambio, los pediatras los que menos.

- Unidades

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		UCI Pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
SÍ	Frecuencia	0	2	6	2	0
	frecuencia esperada	6,121	14,623	14,794	4,591	1,53
	análisis de residuos	-2,821	-3,987	-2,765	-1,365	-1,37
NO	frecuencia	6	37	14	7	2
	frecuencia esperada	6,34	15,146	15,322	4,755	1,585
	análisis de residuos	-0,155	6,808	-0,41	1,167	0,366
SI, A VECES	Frecuencia	30	47	67	18	7
	frecuencia esperada	23,538	56,231	56,885	17,654	5,885
	análisis de residuos	2,351	-2,302	2,511	0,144	0,789

¿ESTÁ LOS PADRES PRESENTES?		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
SÍ	Frecuencia	14	3	0	28	7	22
	frecuencia esperada	5,441	5,951	1,7	10,202	4,761	14,283
	análisis de residuos	4,165	-1,378	-1,446	6,525	1,16	2,46
NO	frecuencia	5	4	3	1	0	8
	frecuencia esperada	5,636	6,164	1,761	10,567	4,931	14,794
	análisis de residuos	-0,305	-0,996	1,039	-3,459	-2,519	-2,136
SI, A VECES	Frecuencia	13	28	7	31	21	54
	frecuencia esperada	20,923	22,885	6,538	39,231	18,308	54,923
	análisis de residuos	-3,044	1,886	0,31	-2,383	1,101	-0,232

Pearson chi2 = 141.0037 Pr < 0.001

El estudio analítico muestra asociación estadísticamente significativa entre la presencia de padres y la unidad en la que se realiza el procedimiento, siendo más favorables a la presencia de padres en Urgencias, Escolares y Consultas y menos favorables en Uci Neonatal, Neonatos y Uci pediátrica.

- Edad

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDART
SÍ	45,24	10,19
NO	45,14	10,66
SÍ, A VECES	43,44	10,88

F = 1.47 Pr = 0.231

- Experiencia

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDART
SÍ	13,56	10,21
NO	11,38	9,96
SÍ, A VECES	11,99	8,94

F = 1.28 Pr = 0.278

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa en relación a la edad y la experiencia, por lo que la presencia de los padres en las técnicas invasivas no está influida por la edad ni la experiencia de los profesionales sanitarios.

Técnicas que se realizan con los padres presentes, agrupando las técnicas más invasivas y menos invasivas.

Relacionado con las variables: Categoría profesional y unidades (comparando año 2015 y 2020).

- Categoría profesional

En año 2015

TÉCNICAS Y PRESENCIA		PEDIATRAS	ENFERMEROS	AUXILIARES
MENOS INVASIVAS	frecuencia	43	100	61
	frecuencia esperada	44,934	97,956	61,11
	análisis de residuos	-1,026	0,9	-0,053
MÁS INVASIVAS	frecuencia	7	9	61
	frecuencia esperada	5,066	11,044	61,11
	análisis de residuos	1,026	-0,9	-0,053

Pearson chi2 = 1.244 Pr = 0.537

El estudio analítico en el 2015, no encuentra asociación estadísticamente significativa entre los grupos sanitarios y la presencia en las técnicas más o menos invasivas.

En año 2020

TÉCNICAS Y PRESENCIA		PEDIATRAS	ENFERMEROS	AUXILIARES
MENOS INVASIVAS	frecuencia	30	110	68
	frecuencia esperada	38,172	106,727	63,101
	análisis de residuos	-3,114	0,966	1,572
MÁS INVASIVAS	frecuencia	19	27	13
	frecuencia esperada	10,828	30,273	17,899
	análisis de residuos	3,114	-0,966	-1,572

Pearson chi2 = 10.093 Pr = 0.006

En el 2020, se muestra asociación estadísticamente significativa entre el grupo de los pediatras y la presencia de los padres en las técnicas más invasivas. Por lo que se demuestra que los pediatras (que en nuestro medio hospitalario realizan las técnicas más invasivas) han mejorado su actitud hacia la presencia de los padres.

En todas las encuestas

TÉCNICAS Y PRESENCIA		PEDIATRAS	ENFERMEROS	AUXILIARES
MENOS INVASIVAS	frecuencia	73	210	129
	frecuencia esperada	82,567	205,166	124,267
	análisis de residuos	-2,89	1,169	1,247
MÁS INVASIVAS	frecuencia	26	36	20
	frecuencia esperada	16,433	40,834	24,733
	análisis de residuos	2,89	-1,169	-1,247

Pearson chi2 = 8.45 Pr = 0.015

Al realizar estudio analítico en todas las encuestas, se sigue mostrando asociación estadísticamente significativa entre el grupo de los pediatras y la presencia de los padres en las técnicas más invasivas.

- Unidades.

En año 2015

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		UCI Pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	15	38	34	12	9
	frecuencia esperada	14,379	35,048	35,048	12,581	8,088
	análisis de residuos	0,534	1,721	-0,611	-0,532	1,028
MÁS INVASIVAS	frecuencia	1	1	5	2	0
	frecuencia esperada	1,621	3,952	3,952	1,419	0,912
	análisis de residuos	-0,534	-1,721	0,611	0,532	-1,028

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	8	10	4	24	9	41
	Frecuencia esperada	7,189	9,885	3,595	23,366	10,784	44,035
	análisis de residuos	0,967	0,117	0,678	0,438	-1,754	-1,623
MÁS INVASIVAS	frecuencia	0	1	0	2	3	8
	frecuencia esperada	0,811	1,115	0,405	2,634	1,216	4,965
	análisis de residuos	-0,967	-0,117	-0,678	-0,438	1,754	1,623

Pearson chi2 = 10.822 Pr = 0.372

El estudio analítico en el 2015, no encuentra asociación estadísticamente significativa entre las unidades y la presencia de los padres en las técnicas más o menos invasivas.

En año 2020

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		UCI Pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	17	46	46	12	0
	frecuencia esperada	15,581	36,614	37,393	10,127	0
	análisis de residuos	0,795	3,635	3,306	1,283	0
MÁS INVASIVAS	frecuencia	3	1	2	1	0
	frecuencia esperada	4,419	10,386	10,607	2,873	0
	análisis de residuos	-0,795	-3,635	-3,306	-1,283	0

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	17	20	4	13	9	24
	frecuencia esperada	18,697	18,697	4,674	26,487	12,464	27,266
	análisis de residuos	-0,875	0,672	-0,671	-5,968	-2,153	-1,427
MÁS INVASIVAS	frecuencia	7	4	2	21	7	11
	frecuencia esperada	5,303	5,303	1,326	7,513	3,536	7,734
	análisis de residuos	0,875	-0,672	0,671	5,968	2,153	1,427

Pearson chi2 = 60.759 Pr < 0.001

En el 2020, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre algunas unidades de pediatría y la presencia de los padres en las técnicas invasivas. En las unidades como Uci Neonatal y Neonatos, es menos probable la presencia de padres en las técnicas más invasivas, en cambio en Urgencias y Oncología es más probable. Este cambio se ha producido en 5 años, entre 2015 y 2020.

En todas las encuestas

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		UCI Pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	32	84	80	24	9
	frecuencia esperada	3,024	71,725	72,559	22,518	7,506
	análisis de residuos	0,919	3,915	2,362	0,788	1,351
MÁS INVASIVAS	frecuencia	4	2	7	3	0
	frecuencia esperada	5,976	14,275	14,441	4,482	1,494
	análisis de residuos	-0,919	-3,915	-2,362	-0,788	-1,351

¿ESTÁN LOS PADRES PRESENTES?		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
MENOS INVASIVAS	Frecuencia	25	30	8	37	18	65
	frecuencia esperada	26,688	29,19	8,34	50,04	23,352	70,057
	análisis de residuos	-0,829	0,382	-0,292	-4,827	-2,799	-1,628
MÁS INVASIVAS	frecuencia	7	5	2	23	10	19
	frecuencia esperada	5,312	5,81	1,66	9,96	4,648	13,943
	análisis de residuos	0,829	-0,382	0,292	4,827	2,799	1,628

Pearson chi2 = 51.334 Pr <0.001

En el análisis estadístico sobre todas las encuestas, se sigue verificando la significación estadística entre las unidades de pediatría y la presencia de los padres en las técnicas invasivas.

¿Has tenido problemas derivados de la presencia de los padres?

Relacionado con las variables: Categoría profesional, unidades, edad y experiencia.

- Categoría profesional

¿HAS TENIDO PROBLEMAS?		PEDIATRAS	ENFERMERÍA	AUXILIARES
NUNCA	Frecuencia (FR)	30	44	48
	FR esperada	24,781	61	36,219
	análisis de residuos	1,377	-3,609	2,737
OCASIONALMENTE	Frecuencia (FR)	58	159	74
	FR esperada	59,109	145,5	86,391
	análisis de residuos	-0,273	2,674	-2,686
FRECUENTEMENTE	Frecuencia (FR)	3	20	10
	FR esperada	6,703	16,5	9,797
	análisis de residuos	-1,665	1,266	0,08
SIEMPRE	Frecuencia (FR)	0	1	1
	FR esperada	0,406	1	0,594
	análisis de residuos	-0,716	0	0,63

Pearson chi2 = 16.196 Pr = 0.013

El estudio analítico muestra asociación estadísticamente significativa, deduciendo que las enfermeras tienen más probabilidad de tener problemas ocasionalmente con la presencia de los padres, en cambio el grupo de los auxiliares es más probable que nunca tenga problemas.

- Unidades

¿HAS TENIDO ROBLEMAS?		UCI Pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
NUNCA	Frecuencia (FR)	8	26	29	7	1
	FR esperada	9,531	17,973	22,33	6,808	1,634
	análisis de residuos	-0,606	2,404	1,831	0,089	-0,585
OCASIONALMENTE	Frecuencia (FR)	23	40	49	12	5
	FR esperada	22,734	42,871	53,263	16,239	3,897
	análisis de residuos	0,098	-0,802	-1,092	-1,829	0,95
FRECUENTEMENTE	Frecuencia (FR)	4	0	4	6	0
	FR esperada	2,578	4,862	6,04	1,842	0,442
	análisis de residuos	0,958	-2,481	-0,954	3,277	-0,695
SIEMPRE	Frecuencia (FR)	0	0	0	0	0
	FR esperada	0,156	0,295	0,366	0,112	0,027
	análisis de residuos	-0,413	-0,589	-0,671	-0,345	-0,165

¿HAS TENIDO PROBLEMAS?		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
NUNCA	Frecuencia (FR)	6	5	1	4	8	27
	FR esperada	7,897	8,987	2,723	15,795	7,625	20,696
	análisis de residuos	-0,818	-1,62	-1,238	-3,729	0,164	1,783
OCASIONALMENTE	Frecuencia (FR)	21	26	9	41	20	45
	FR esperada	18,837	21,435	6,496	37,674	18,188	49,366
	análisis de residuos	0,87	1,73	1,679	0,981	0,741	-1,152
FRECUENTEMENTE	Frecuencia (FR)	2	1	0	12	0	4
	FR esperada	2,136	2,431	0,737	4,272	2,062	5,598
	análisis de residuos	-0,1	-0,991	-0,902	4,163	-1,541	-0,77
SIEMPRE	Frecuencia (FR)	0	1	0	1	0	0
	FR esperada	0,129	0,147	0,045	0,259	0,125	0,339
	análisis de residuos	-0,373	2,313	-0,214	1,564	-0,366	-0,641

Pearson chi2 = 68.038 Pr < 0.001

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre trabajar en algunas unidades y la probabilidad de tener problemas con la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Es más probable no tener nunca problemas en la Uci neonatal, en cambio en lactantes y urgencias es muy probable que tengamos problemas frecuentemente y en cirugía siempre.

- Edad

¿HAS TENIDO PROBLEMAS?	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
NUNCA	43.55	10.87
OCASIONALMENTE	44.16	10.59
FRECUENTEMENTE	45.45	10.88
SIEMPRE	44.5	6.36

F = 0.29 Pr = 0.834

- Experiencia

¿HAS TENIDO PROBLEMAS?	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
NUNCA	11.08	8.50
OCASIONALMENTE	12.37	9.31
FRECUENTEMENTE	13.78	10.23
SIEMPRE	13.5	3.53

F = 0.95 Pr = 0.418

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre la edad y la experiencia con tener problemas en la presencia de los padres en las técnicas invasivas.

2. ¿Crees que es necesaria la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos?

Relacionado con las variables: Categoría profesional, unidades, edad y experiencia. Se realiza análisis multivariante.

- Categoría profesional

¿CREES QUE ES NECESARIA LA PRESENCIA DE PADRES?		PEDIATRAS	ENFERMERÍA	AUXILIARES
SÍ	Frecuencia (FR)	57	79	28
	FR esperada	31,91	81,629	50,462
	análisis de residuos	6,241	-0,518	-4,792
NO	Frecuencia (FR)	29	141	108
	FR esperada	54,09	138,371	5,538
	análisis de residuos	-6,241	0,518	4,792

Pearson chi2 = 47.398 Pr < 0.001

El estudio analítico hemos encontrado asociación estadísticamente significativa por la que es muy probable que los pediatras vean necesaria la presencia de los padres en las técnicas invasivas, en cambio no es probable en el grupo de auxiliares.

- Unidades

¿CREES QUE ES NECESARIA LA PRESENCIA DE LOS PADRES?		UCI pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
SÍ	Frecuencia (FR)	6	22	20	5	0
	FR esperada	11,502	29,312	30,054	9,276	2,968
	análisis de residuos	-2,121	-1,879	-2,559	-1,823	-2,192
NO	Frecuencia (FR)	25	57	61	20	8
	FR esperada	19,498	49,688	50,946	15,724	5,032
	análisis de residuos	2,121	1,879	2,559	1,823	2,192

¿CREES QUE ES NECESARIA LA PRESENCIA DE LOS PADRES?		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
SÍ	Frecuencia (FR)	7	7	2	28	14	53
	FR esperada	10,018	11,131	2,597	20,778	9,276	27,086
	análisis de residuos	-1,241	-1,617	-0,471	2,138	2,014	6,871
NO	Frecuencia (FR)	20	23	5	28	11	20
	FR esperada	16,982	18,869	4,403	35,222	15,724	45,914
	análisis de residuos	1,241	1,617	0,471	-2,138	-2,014	-6,871

Pearson chi2 = 71.622 Pr < 0.001

Encontramos también asociación estadísticamente significativa entre pertenecer a una unidad con pensar si es necesario que los padres estén presentes en las técnicas invasivas. Se deduce que es más probable que los profesionales que trabajan en Uci pediátrica, Neonatos y aislados, piensen que no se necesita a los padres en las técnicas invasivas, en cambio, los profesionales que trabajan en Urgencias, Oncología y consultas es muy probable que crean que los padres deben de estar presentes en las técnicas invasivas.

- Edad

¿CREES QUE ES NECESARIA LA PRESENCIA DE LOS PADRES?	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDART
SÍ	40.49	10.32
NO	46.32	10.34

$$T = 5.711 \text{ Pr} < 0.001$$

En el estudio analítico hemos encontrado asociación estadísticamente significativa por la que a mayor edad de los sanitarios es más probable pensar que no es necesario que los padres estén presentes en las técnicas invasivas.

- Experiencia

¿CREES QUE ES NECESARIA LA PRESENCIA DE LOS PADRES?	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDART
SÍ	11.48	9.38
NO	12.76	9.38

$$T = 1.366 \text{ Pr} = 0.086$$

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa cuando relacionamos la experiencia con pensar si es necesario que los padres estén presentes.

- ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se evalúa la respuesta SÍ a la pregunta ¿Crees que es necesaria la presencia de los padres en las técnicas invasivas? ajustado para las variables: Categoría profesional, Unidades, Edad, Experiencia, Técnicas invasivas (Más/Menos), ¿has tenido problemas? (Si/No), Año (2015/202).

		OR	IC 95%	P
UNIDADES	Urgencias	6,07	(1,89- 19,47)	0,002
	Oncología	6,17	(1,63- 23,35)	0,007
	Consultas	12,73	(3,78- 42,9)	<0,001
Año 2020		2,47	(1,48- 4,11)	0,001
Edad		0,94	(0,91-0,98)	0,005
¿Has tenido problemas?	Nunca	7,68	(2,52- 23,39)	<0,001
	Ocasionalmente	4,05	(1,41- 11,62)	0,009

Los factores que hemos encontrado favorables a la opinión de que los padres estén presentes son:

1. Trabajar en diferentes unidades (Urgencias, Oncología y Consultas).
2. Haber realizado la encuesta recientemente (en 2020).
3. No haber tenido problemas con la presencia de padres, o solo ocasionalmente.
4. La opinión es más favorable en los sanitarios con menos edad.

3. ¿Crees que es necesario desarrollar formación?

Relacionado con las variables: Categoría profesional, unidades, edad y experiencia. Se realiza análisis multivariante.

- Categoría profesional

FORMACIÓN		PEDIATRAS	ENFERMERÍA	AUXILIARES
SÍ	Frecuencia (FR)	83	187	114
	FR esperada	76,308	191,179	116,513
	Ajuste residual	2,02	-1,007	-0,658
NO	Frecuencia (FR)	10	46	28
	FR esperada	16,692	41,821	25,487
	Ajuste residual	-2,02	1,007	0,658

Pearson chi2 = 4.081 Pr = 0.13

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa cuando relacionamos los grupos de sanitarios con la necesidad de formación.

- Unidades

FORMACIÓN		UCI Pediátrica	UCI Neonatal	Neonatos	Lactantes	Aislados
SÍ	Frecuencia (FR)	22	71	71	19	6
	FR esperada	26,256	68,103	69,744	21,333	7,385
	Ajuste residual	-2,031	0,914	0,393	-1,227	-1,214
NO	Frecuencia (FR)	10	12	14	7	3
	FR esperada	5,744	14,897	15,256	4,667	1,615
	Ajuste residual	2,031	-0,914	-0,393	1,227	1,214

FORMACIÓN		Escolares	Cirugía	Reanimación	Urgencias	Oncología	Consultas
SÍ	Frecuencia (FR)	21	24	10	45	23	72
	FR esperada	23,795	27,077	8,205	45,128	22,154	64,821
	Ajuste residual	-1,396	-1,448	1,495	-0,048	0,437	2,309
NO	Frecuencia (FR)	8	9	0	10	4	7
	FR esperada	5,205	5,923	1,795	9,872	4,846	14,179
	Ajuste residual	1,396	1,448	-1,495	0,048	-0,437	-2,309

Pearson chi2 = 18.102 Pr = 0.053

No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa cuando relacionamos pertenecer a las unidades con la necesidad de formación.

- Edad

FORMACIÓN	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDART
SÍ	43.26	10.69
NO	47.25	10.15

$$T = 3.123 \quad Pr = 0.0019$$

- Experiencia

FORMACIÓN	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDART
SÍ	11.64	9.13
NO	14.85	9.88

$$T = 2.874 \quad Pr = 0.0042$$

El estudio analítico muestra asociación estadísticamente significativa por la que a mayor edad y experiencia de los sanitarios es más probable pensar que no tienen necesidad de formarse en este campo.

ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se evalúa la respuesta SÍ a la pregunta ¿Crees que es necesario desarrollar algún tipo de formación sobre este tema? ajustado para las variables: Categoría profesional, Unidades, Edad, Experiencia, Técnicas invasivas (Más/Menos), ¿has tenidos problemas? (Si/No), Año (2015/202).

		OR	IC 95%	P
UNIDADES	UCI Neonatal	3,17	(1,13 - 8,94)	0,029
	Neonatos	2,78	(1,02 - 7,55)	0,045
	Consultas	3,84	(1,13 - 13,06)	0,031

Los sanitarios que pertenecen a las unidades Uci Neonatal, Neonatos y Consultas son más favorables a recibir formación para la presencia de padres en las técnicas invasivas.

RESULTADOS CUALITATIVOS

TRANSCRIPCIÓN DEL TEXTO Y CODIFICACIÓN

Al final de la encuestas en el apartado de “Comentarios”, algunos sanitarios escribieron sus opiniones y pensamientos sobre “La presencia de los padres en las técnicas invasivas”. Tras leer y entender lo escrito por los profesionales, he codificado los textos en 5 categorías.

COMENTARIOS 2015

De 227 encuestas, se obtuvieron 58 (25,5%) comentarios.

- Comentarios negativos hacia la presencia de padres. Hay frases concretas que niegan la presencia de los padres en las técnicas invasivas. 15 (25,8%) comentarios.
- Comentarios positivos hacia la presencia de padres. Hay frases concretas que apoyan y ven como un beneficio la presencia de los padres en las técnicas invasivas. 6 (10,3%) comentarios
- Comentarios neutros o ambiguos, a veces es conveniente la presencia de los padres y otras no. 14 (24,2%).
- Comentarios que relatan lo que sucede cuando los padres están presentes en las técnicas invasivas. 13 (22,4%) comentarios, de estos comentarios:
 - ➡ 6 (46%) comentarios relatan que se genera tensión en el personal sanitario y mayor nerviosismo de los padres y del niño= Comentario negativo
 - ➡ 5 (39%) comentario relata que la presencia de los padres es más tranquilizadora o más estresante, depende de diferentes situaciones = Comentario neutro
 - ➡ Solo 2 (15%) comentarios relatan que con la presencia de los padres el niño está más tranquilo = Comentario positivo
- Comentarios para establecer mejoras con respecto a la presencia de padres, 10 (17,3%). comentarios.

Comentarios negativos hacia la presencia de padres - 2015.

1. Se debería habilitar un lugar para técnicas con O2, pulsioxímetro, aspirador, donde no hubiera padres
2. A pesar de las distintas opiniones de las compañeras, durante mi jornada laboral invito a salir a los padres (sí o sí)
3. Es muy difícil saber cómo va a reaccionar un padre ante estas situaciones, por eso creo que en algunas actividades no deberían estar los padres.
4. El profesional trabaja en el mejor de los casos sin presión y desarrolla mejor su trabajo a la hora de realizar las técnicas sobre el niño.
5. Los padres no sirven de ayuda y lo único que hacen es aumentar el estrés del personal sanitario
6. En mi opinión profesional, la presencia de los padres interfiere negativamente a la hora de realizar las técnicas invasivas sobre los niños.
7. Si puede haber problemas, les invito a salirse, explicándole las técnicas
8. En este servicio hay técnicas muy agresivas y con muchos riesgos, en la que la presencia de los padres no es adecuada
9. Los padres no deberían estar presentes durante las técnicas invasivas
10. Cuando se realiza alguna técnica en el niño no deberían estar los padres porque si el niño llora los padres se ponen nerviosos, es mejor hacerlo sin ellos presentes
11. No estoy de acuerdo en que los padres estén presentes en la realización de las técnicas, se ponen muy nerviosos
12. La presencia de los padres no es aconsejable por: - Evitar sufrimiento a los padres- Los padres pueden" mal interpretar" la labor del sanitario por falta de conocimiento de las técnicas.- Genera desconfianza hacia el personal
13. Las técnicas invasivas siempre ponen nervioso a los padres y al niño. El personal sanitario puede explicar al familiar la conveniencia de no estar presente con bastantes argumentos
14. Yo creo que los padres no deben de estar presentes se ponen muy nerviosos
15. No creo que sea bueno que el niño asocie a los padres con el dolor en una prueba

Comentarios positivos hacia la presencia de padres - 2015.

16. En métodos mínimamente invasivos es mejor que estén los padres, si los padres no están les crea mayor ansiedad que luego les transmiten al neonato.
17. La experiencia en este tema y el tiempo que llevo realizándolo me ha llevado al no rechazo a la presencia de los padres y a que me dé igual trabajar con ellos delante o no.
18. La presencia de los padres ayuda a calmar a los niños, en el caso de la Uci Neo no es tan necesario como en otros servicios donde los niños son más conscientes.
19. Pienso que es básica la compañía de los padres a partir de cierta edad, por el consuelo y el comportamiento del niño
20. Creo que hay menos problemas desde que están presentes los padres
21. Está claro que poco a poco los padres deben estar presentes en las técnicas que se le realizan a sus hijos (aunque hay que seleccionar las que deben ser solo en presencia de facultativos)

Comentarios que relatan lo que sucede cuando los padres están presentes en las técnicas invasivas - 2015.

<p>22. Si la técnica es complicada, la presencia de los padres condiciona la actitud del profesional generándole ansiedad por técnica y por familiar que está cuestionando tu trabajo de forma no objetiva, porque él valora que sufre su hijo y tú no lo haces bien.</p>
<p>23. Creo que para extracciones y algunos procedimientos sí son necesarios pero para vías centrales con sedación, no durante el proceso. A veces, la presencia relaja al niño y otras es contraproducente porque el padre no tranquiliza al niño. YO COMO MADRE SI QUIERO ESTAR EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS (tengo dos hijos)</p>
<p>24. No todos los padres ni todos los profesionales son iguales. Algunos padres "ayudan" (los menos) y otros empeoran el procedimiento. Algunos profesionales trabajan más tranquilos sin los padres y eso también beneficia al paciente. Los padres no conocen las técnicas y cuando ven que se les está haciendo daño a su hijo no son muy comprensivos= DENUNCIA.</p>
<p>25. Pienso que hay padres muy nerviosos y normalmente algunas pruebas los niños están sedados y no es importante su presencia, a veces los niños están más tranquilos sin sus padres. En niños más mayores la presencia de los padres puede que sea necesaria pero en estas edades (lactantes) no sé hasta qué punto es importante.</p>
<p>26. Sobre si es necesaria la presencia de los padres, creo que en casos excepcionales sí, pero normalmente el paciente pediátrico en el servicio de urgencias, tiene un mejor comportamiento al estar solo(si están los padres quiere que lo cojan y ayuden, y al no ser posible se pone más nervioso)</p>
<p>27. La presencia de los padres puede ser muy beneficiosa o muy perjudicial, dependiendo del control de la ansiedad que tengan los padres.</p>
<p>28. La presencia de los padres durante las técnicas invasivas provoca nerviosismo en el personal que realiza la técnica y un sufrimiento adicional en el padre por ver el dolor de su hijo. No ofrezco a los padres la posibilidad de estar presentes , les pido que salgan</p>
<p>29. Generalmente, el niño está más tranquilo con los padres. En otras ocasiones los padres no quieren estar presentes por no verlo sufrir</p>

<p>30. Según mi experiencia si los padres están tranquilos durante los procedimientos invasivos y calman al niño su presencia es positiva, pero si están nerviosos/ansiosos el niño se pone más nervioso</p>
<p>31. La presencia de los padres depende de los compañeros que realicen la técnica. A veces son más problemáticos los padres que se quedan esperando fuera de la sala, se ponen nerviosos por tiempo o llanto. A veces los padres permanecen fuera para mayor tranquilidad del que realiza la técnica</p>
<p>32. En este tipo de pruebas los padres se ponen muy nerviosos y los niños también. Los niños obedecen más con el personal sanitario</p>
<p>33. Algunas veces se dejan a los padres entrar en alguna extracción por tranquilizar al niño</p>
<p>34. La presencia de padres ante técnicas invasivas, frecuentemente es una extorsión. Los niños están más inquietos (no comprenden que le hacen daño y los padres no le defienden), los profesionales se sienten fiscalizados y la mayoría de las familias no están preparadas</p>

Comentarios neutros o ambiguos - 2015.

35. Solo en casos muy determinados la presencia de los padres es necesaria
36. Creo que en determinadas técnicas algunos padres no están preparados para entender lo que hacemos
37. En neonatos no, me parece aceptable en niños más grandes, para que sean apoyo y consuelo. Siempre que ellos consideren que se va a tranquilizar. No que sea algo obligatorio a cumplir por el personal de enfermería.
38. La estancia en otros hospitales de los padres en el servicio de Uci Neo es mucho mayor, formando parte del proceso. Aquí parece que tenemos horarios aunque no sea así.
39. La presencia de los padres en técnicas invasivas dificulta en la mayoría de los casos la técnica. Aunque creo que se debería valorar cada caso y cada circunstancia
40. Hay determinados niños y situaciones que sí te permiten la presencia de los padres
41. Creo que esto depende del padre y del profesional, no siempre es posible
42. La presencia de los padres dependerá de: Edad del niño, a menor edad padres más ansioso. Técnicas a realizar. Comportamiento del niño/padres.
43. Algunas técnicas son muy agresivas para ser presenciadas por los padres, intubación, canalización de vía central, ciertos tipos de punciones
44. Si en Murcia no hay una buena educación, como va a haber educación sanitaria
45. Creo que la tendencia en atención pediátrica hoy día es la permisividad con la presencia de los padres en los procedimientos de su hijo y creo que estamos por detrás en este tipo de cuestiones y que tenemos que mejorar.
46. Creo que depende mucho del tipo de padres y del niño, no se puede generalizar
47. Creo que los padres están más nerviosos y objetivamente tienen miedo de que se le haga daño a su hijo
48. No hay protocolo cada uno hace lo que cree oportuno

Comentarios para establecer mejoras con respecto a la presencia de padres - 2015.

49. Es necesario unificar criterios, protocolos según edad y servicios
50. Formación en el manejo de las emociones y comunicación asertiva
51. Lo que creo necesario sería una mejor distribución del tiempo, espacio e intimidad, para desarrollar nuestro trabajo, con la confianza de unos profesionales que desarrollan su trabajo como tal
52. La formación es importante, para saber los beneficios del acompañamiento y poder vencer los prejuicios y el miedo de los profesionales y así poder realizar ciertas técnicas con ayuda de la familia
53. Deberían tenerse en cuenta otros datos como la edad del niño; técnica. Y según esto dejar o no que los padres estén presentes
54. Se deben crear protocolos de presencia de los padres sobre todo para unificar criterios y que todos los profesionales hagamos lo mismo
55. Creo que se tiene que individualizar cada caso, pues influye cómo sean los padres y el profesional y la dificultad de la técnica y por supuesto cada niños es diferente
56. En esta unidad el problema de la presencia de los padres, se debe a la falta de información a los profesionales para la presencia de los padres
57. Se deben hacer grupos de trabajo, para hacer protocolos. Creo que los padres siempre deben estar cerca de sus hijos y tener la opción de elegir.
58. De forma general se debería contar con los padres para todo esto, pero hay técnicas que sobrepasan el umbral de entendimiento de los papás y ellos mismos declinan estar presentes

COMENTARIOS 2020.

De 268 encuestas, se obtienen 50 (18,6%) comentarios.

- Comentarios negativos hacia la presencia de padres. Hay frases concretas que niegan la presencia de los padres en las técnicas invasivas. 12 (24%) comentarios.
- Comentarios positivos hacia la presencia de padres. Hay frases concretas que apoyan y ven como un beneficio la presencia de los padres en las técnicas invasivas. 4 (8%) comentarios
- Comentarios neutros o ambiguos, a veces es conveniente la presencia de los padres y otras no. 14 (28%) comentarios.
- Comentarios que relatan lo que sucede cuando los padres están presentes en las técnicas invasivas 7 (14%), de estos comentarios:
 - ➡ 6 (85%) comentarios relatan que se genera tensión en el personal sanitario y mayor nerviosismo de los padres y del niño = Comentario negativo
 - ➡ Solo 1 (15%) comentarios relatan que con la presencia de los padres el niño está más tranquilo = Comentario positivo
- Comentarios para establecer mejoras con respecto a la presencia de padres, 13 (26%).

Comentarios negativos hacia la presencia de padres - 2020.

1. Los padres no deben estar presentes en la mayoría de los procedimientos
2. Normalmente los padres prefieren no estar presentes en las técnicas invasivas. El personal se puede poner más nervioso en presencia de los padres
3. La presencia de los padres en neonatos no beneficiaría ni al bebe ni tampoco al profesional porque se pondría nervioso
4. La presencia de los padres contribuye negativamente en el éxito del procedimiento, unas veces por el niño y otra por la presión que se ejerce sobre los padres
5. No creo que sea conveniente que se queden los padres en las técnicas invasivas, son sus hijos, y creen que les podemos hacer daño, algunos se ponen agresivos
6. En nuestras técnicas no deberían estar presentes los padres
7. Creo que el trabajo profesional debería de rodearse de otros profesionales que ayudan a mantener un clima de confianza y esta se rompe habitualmente por la relación filial
8. He trabajado cuando los padres no entraban a las técnicas, se trabajaba mejor al 90%
9. No soy partidario de la presencia de los padres, no suelen aportar tranquilidad a los hijos, hay padres que transmiten su inquietud y añaden más presión al personal sanitario
10. No soy partidaria de la presencia de los padres en técnicas invasivas. El niño está más nervioso y algunos familiares te amenazan
11. Creo que no es necesaria la presencia de los padres. Sería necesario saber cómo se lo podríamos explicar a los padres
12. Se debería prohibir la asistencia de los padres en estos casos

Comentarios positivos hacia la presencia de padres - 2020.

13. Considero que cualquier prueba supone una activación del sistema de apego y la presencia de los padres incrementa la seguridad
14. La presencia de los padres en los procedimientos tiene evidencia científica de disminución de ansiedad sin alteración de la técnica
15. Me gusta que los padres estén presentes, porque los niños y ellos lo necesitan. Los profesionales debemos aprender a lidiar con esta situación
16. Creo que es necesaria su presencia siempre que los padres así lo quieran

Comentarios que relatan lo que sucede cuando los padres están presentes en las técnicas invasivas - 2020.

 17. Los niños suelen estar más tranquilos cuando los acompañan los padres. En ocasiones los padres se agobian y les decimos que salgan
 18. Hay padres que no facilitan la ejecución de la prueba, se ponen encima del niño para protegerlo y no te dejan hacer las pruebas con tranquilidad
 19. Los padres en el procedimiento generan un ambiente de tensión y los niños se ponen más nerviosos, generando más fallos al personal sanitario
 20. los niños se portan peor cuando están los padres presentes
 21. La mayoría de los padres se ponen nerviosos, nos transmiten nerviosismo y los niños también se ponen más irritables y nerviosos si están los padres
 22. Los padres , en general, dificultan la realización de la técnica, ponen la mano en el campo estéril, no te dejan pinchar al niño ...El paciente se comporta peor con la presencia de los padres, suelen estar más tranquilos cuando están solos
 23. Por experiencia de muchos años, en general los padres no aportan nada con su presencia, solo a veces y aunque les expliques las técnicas no comprenden nada, solo ven a su hijo indefenso y que tú le estás haciendo daño y esto le transmite más estrés y nerviosismo al niño.

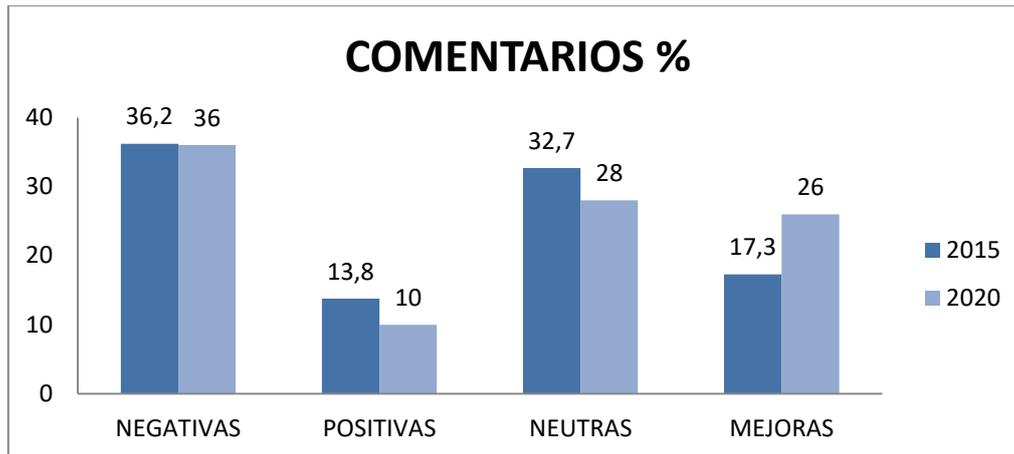
Comentarios neutros o ambiguos - 2020.

24. En ocasiones beneficia la presencia de los padres y en otros casos no, depende del tipo de técnica y predisposición de los padres
25. Depende de la edad del niño
26. Educar desde antes de tener hijos. Educar, educar..
27. No son conscientes los recién nacidos de la presencia de sus padres
28. Quiero ser yo quien decida en qué situación pueden estar los padres, no porque lo diga un protocolo
29. Yo pienso que los padres no deberían estar si los procedimientos invasivos son parada o intubación
30. Solo hay protocolo para niños con TEA
31. Soy partidario de no presencia, aunque en alguna ocasión, según comportamiento de los padres puede ser beneficioso.
32. A veces los padres refieren no estar preparados para presenciar la técnica
33. Depende de cómo sean los padres, porque muchas veces los padres perjudican más que ayudan
34. Depende de la técnica a realizar
35. Dependiendo del servicio y técnica a realizar es o no conveniente la presencia paternal
36. Cada situación y padres son distintos hay padres que serían muy apropiados y en otras circunstancias no. Según educación sanitaria
37. Dependiendo de la técnica, sería o no necesaria la presencia de los padres

Comentarios para establecer mejoras con respecto a la presencia de padres - 2020.

38. Es necesario individualizar cada caso y formar bien al personal
39. Debería estar protocolizado y no depender del profesional que realiza la técnica
40. Creo que habría que individualizar y tener protocolos flexibles según procedimiento, situación y familias
41. Sería necesario unificar criterios sobre cuándo deben o no deben estar presentes y por supuesto dar la opción de decidir si quieren quedarse o prefieren salir
42. Hay que individualizar según paciente, procedimiento y padres
43. Es preciso valorar procedimiento, actitud de los padres y niño. Actuando siempre lo que sea mejor para el niño. Cada caso es distinto y no se puede generalizar
44. No hay protocolo específico pero sí mucha humanidad. Es importante valorar cada caso
45. Protocolos establecidos en cada planta
46. Los talleres de mindfulness sería de gran ayuda tanto para los padres como para el personal sanitario
47. Yo creo que los padres deberían de colaborar
48. Creo que debe de haber formación en algunas técnicas, pero no de forma generalizada
49. Informar mucho más a los padres de cómo y por qué se realiza la técnica
50. Creo que hay que diferenciar entre técnicas, no veo bien que estén en las técnicas más invasivas. Los padres se ponen más nerviosos y creo que dificulta su realización

COMENTARIOS	2015. 58(25,5%)	2020. 50(18,6%)	TOTAL.108(21,8%)
Negativos	21(36,2%)	18(36%)	39(36,1%)
Positivos	8(13,8%)	5(10%)	13(12%)
Neutros -ambiguos	19(32,7%)	14(28%)	33(30,6%)
Para mejorar	10(17,3%)	13(26%)	23(21,3%)



El personal sanitario, tras 5 años, sigue teniendo mayoritariamente una opinión negativa o controvertida (neutra-ambigua) sobre la presencia de padres en las técnicas invasivas 68,9% en 2015 con respecto a 66,7% en 2020. Las personas que expresan como un beneficio la presencia de los padres en las técnicas invasivas siguen siendo muy pocas, 13,8% en 2015 con respecto a 10% en 2020. En este tiempo, el personal sanitario que ha dado su opinión ha cambiado muy poco sus pensamientos, en cambio en 2020 hay un aumento considerable de comentarios que dan opciones para mejorar, 17,3% en 2015 con respecto a 26% en 2020, por lo que podemos concluir que realmente los sanitarios han expresado una necesidad de cambio en este ámbito.

ANÁLISIS DEL TEXTO

INTERRELACIÓN ENTRE PALABRAS. RED DE COINCIDENCIA.

Para el análisis del texto, estudiamos 2 variables principales:

- Frecuencia, el número de veces que aparecen las palabras en el texto se representa por círculos, cuanto más frecuente es la palabra más grande será su círculo.
- Coeficiente de correlación entre las palabras, cuanto más cerca y relacionadas estén las palabras entre sí, más gruesa será la línea que une los círculos de palabras más frecuentes.

Estas dos variables juntas generan agrupaciones de palabras, representados en el gráfico con diferentes colores en función a su asociación o no, creando así la red de coincidencia. Se establece así un mapa que nos ayuda a comprender más el texto, agrupando de forma esquemática las opiniones o pensamientos.

Año 2015

Cuando analizamos los 58 comentarios, encontramos que se usaron 1.511 palabras.

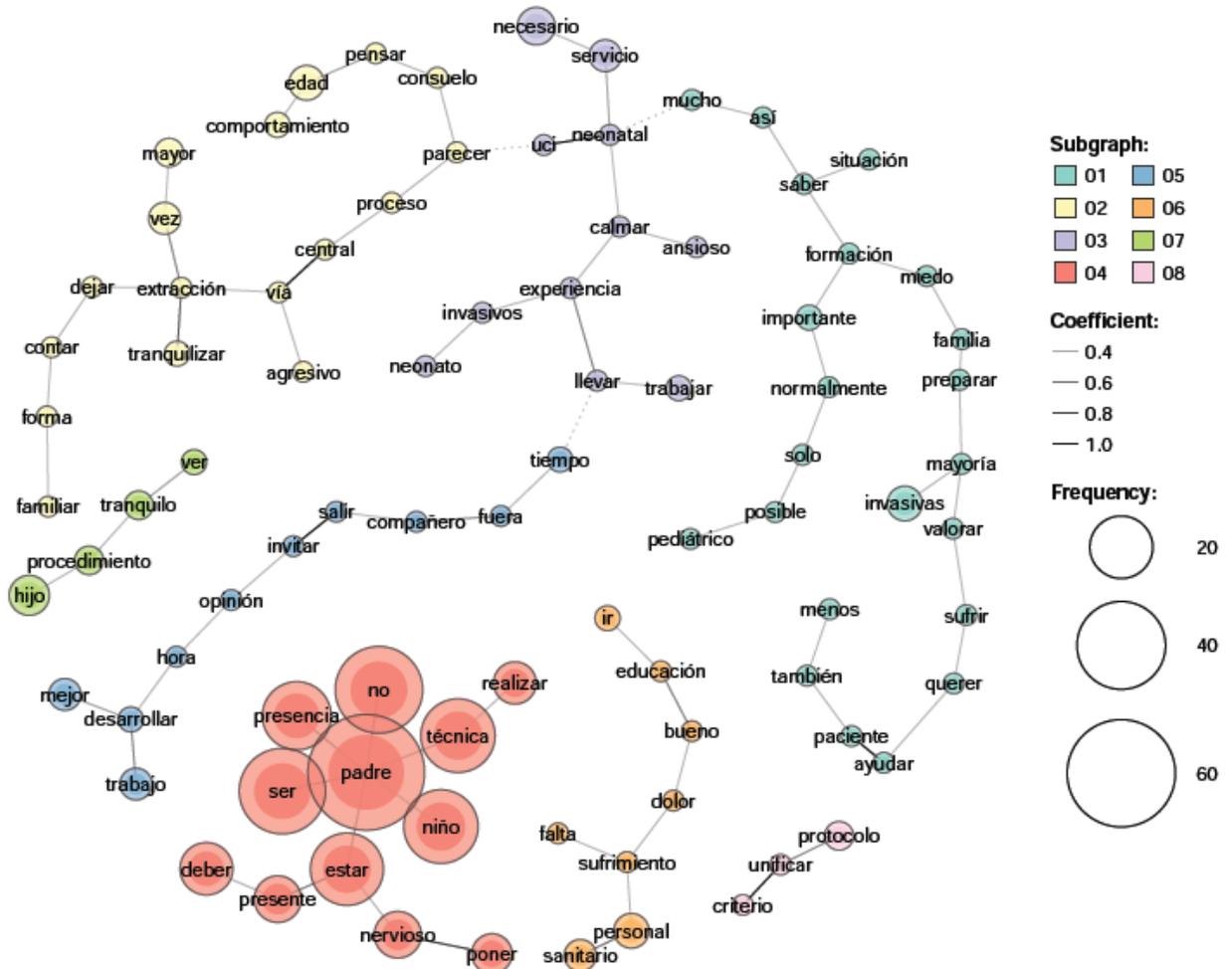
Los resultados del análisis de la red de palabras de coincidencia revelaron 8 grupos.

- El grupo 4, representado en rojo, es el grupo más importante en términos de frecuencia. La palabra más frecuente es "PADRE" que está unida a las palabras "No, ser, estar, presencia, realizar-técnica, niño" y el verbo "estar" está unido a "ponerse-nervioso" y "deber, presente". Este grupo representa claramente a los comentarios negativos sobre la no presencia de los padres, relacionado con que estos se ponen nerviosos. Algunos ejemplos de oraciones que usan estas palabras son: "Los padres no deben estar presentes durante los procedimientos invasivos" o "Yo creo que los padres no deben estar presentes, se ponen muy nerviosos".
- Los grupos 5 (azul), 6 (naranja), 1 (azul claro) expresan el trabajo de los profesionales sanitarios en relación a la presencia de padres:
 - Grupo naranja están las palabras "personal, sanitario" unido a palabras como "sufrimiento, dolor, educación".
 - Grupo azul están las palabras "desarrollo, mejor, trabajo" unidas a

“opinión” “invitar-salir”.

- Grupo 1 con palabras como “saber- situación” “importante-formación” “preparar – familia- miedo” “valorar- mayoría-invasivas” “ayudar paciente”.

Están relacionadas con los comentarios: “La presencia de los padres durante las técnicas invasivas provoca nerviosismo en el personal que realiza la técnica y un sufrimiento adicional en el padre por ver el dolor de su hijo. No ofrezco a los padres la posibilidad de estar presentes, les pido que salgan” “A pesar de las distintas opiniones de las compañeras, durante mi jornada laboral invito a salir a los padres (sí o sí)”.



- Los grupos 7 (verde) y 2 (amarillo), manifiestan los comentarios positivos con respecto a la presencia de los padres:

- Grupo 7 con palabras “procedimiento- ver – tranquilo- hijo”.
- Grupo 2 con palabras “ edad- comportamiento-pensar- consuelo- proceso –agresivo- vía central- extracción- dejar-tranquilizar- familia”

Están relacionadas con los comentarios: “Pienso que es básica la compañía de los padres a partir de cierta edad, por el consuelo y el comportamiento del niño” “La presencia de los padres ayuda a calmar a los niños, en el caso de la Uci Neo no es tan necesario como en otros servicios donde los niños son más conscientes”

- El grupo 3 (morado), manifiesta los comentarios ambiguos y neutros con las palabras “ calmar- ansioso” juntas que representan frases como: “Según mi experiencia si los padres están tranquilos durante los procedimientos invasivos y calman al niño su presencia es positiva, pero si están nerviosos/ansiosos el niño se pone más nervioso”
- El grupo 8 (rosa) representa comentarios de mejora con las palabras “ unificar –criterio- protocolo” con frases como: “Se deben crear protocolos de presencia de los padres sobre todo para unificar criterios y que todos los profesionales hagamos lo mismo”

Año 2020

Se obtuvieron como resultado 50 comentarios con 905 palabras.

Los resultados del análisis de la red de palabras de coincidencia revelaron 9 grupos, bastantes más pequeños y reducidos que en la red de palabras del 2015. Los comentarios son más cortos y concretos. La palabra “niño” no aparece y se sustituye por la palabra “hijo” “paciente” pero es muy poco frecuente. Por lo que podemos deducir que los comentarios se centran en los “padres” y personal sanitario”

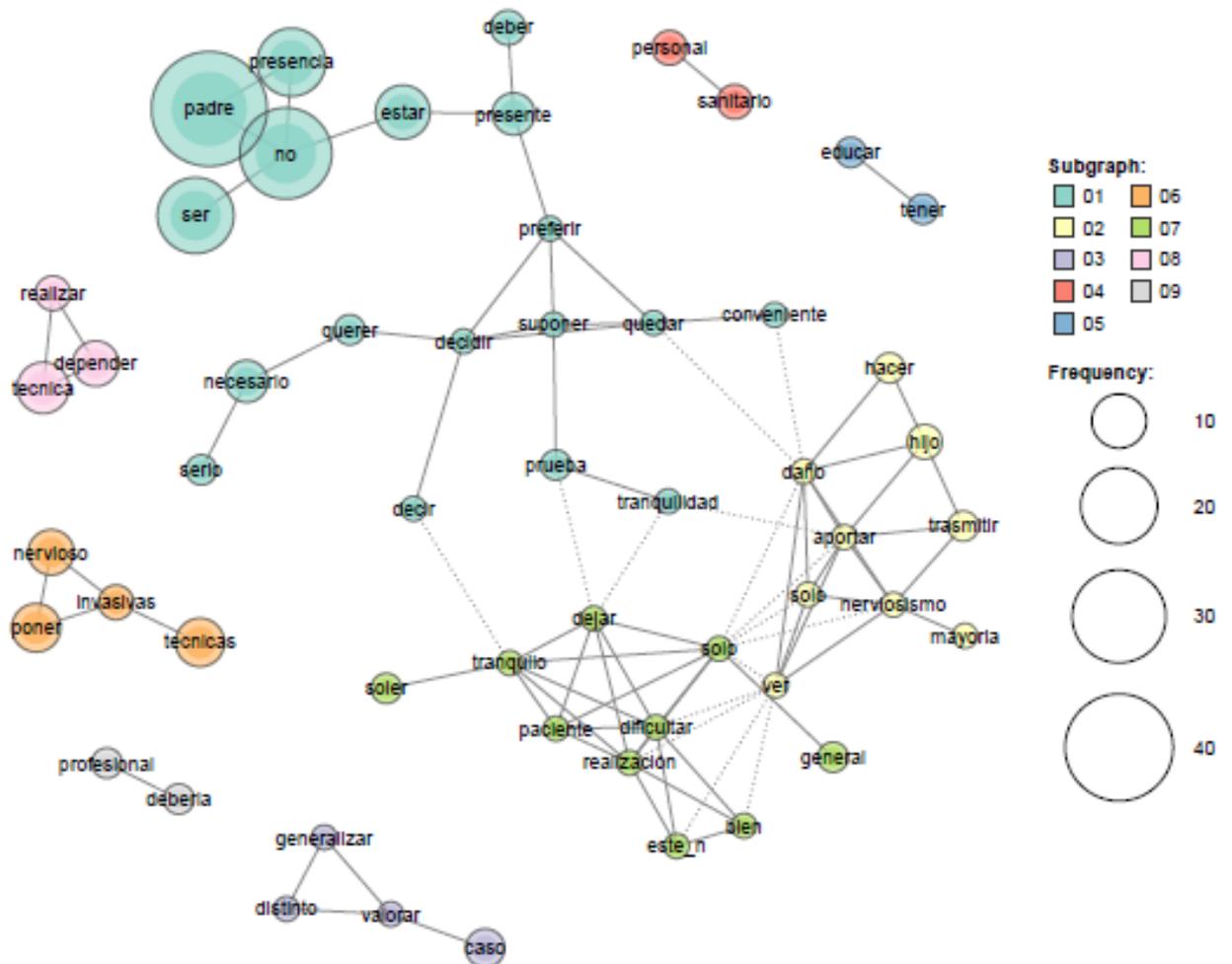
- El grupo 1 (azul claro). Es el más importante en frecuencia y es parecido al grupo 4 (rojo) del 2015. La palabra más frecuente sigue siendo “PADRE” que junto con las palabras “no, presencia, ser”, expresan claramente los pensamientos negativos de la no presencia de los padres en las técnicas invasivas.

Si comparamos análisis del 2015, grupo 4, donde aparece la palabra “estar” unido a “ponerse nervioso”, en el análisis de 2020 el verbo “estar” está unido a una serie de palabras como “deber-presente-preferir-querer-suponer” apareciendo al final la palabra “tranquilidad”.

Los comentarios a los que haría referencia este grupo sería del tipo: “En nuestras técnicas no deberían estar presentes los padres”.

- El grupo 2 (amarillo) y 7 (verde) también podemos decir que representan pensamientos de no presencia de padres en técnicas invasivas.
 - Grupo 2 (amarillo) con palabras “ hacer- daño-hijo” “aportar –transmitir- mayoría-nerviosismo-solo”
 - Grupo 7 (verde) con palabras “paciente- tranquilo- dejar- solo-dificultad-realización”.

Los comentarios a los que hacen alusión estos grupos serían: “Los padres, en general, dificultan la realización de la técnica, ponen la mano en el campo estéril, no te dejan pinchar al niño. El paciente se comporta peor con la presencia de los padres, suelen estar más tranquilos cuando están solos” “Los niños se portan peor cuando están los padres presentes” “La mayoría de los padres se ponen nerviosos, nos transmiten nerviosismo y los niños también se ponen más irritables y nerviosos si están los padres”.



- El grupo 6 (naranja) es muy característico, describe perfectamente como estamos todos cuando se realizan técnicas invasivas en los niños. Las palabras son “técnicas- invasivas- poner –nervioso”. Efectivamente cuando se hacen las técnicas invasivas en mayor o menor medida nos ponemos nerviosos todos, padres, niño y sanitario, por eso es tan importante controlar y gestionar estas situaciones de manera adecuada.

Los comentarios a los que haría referencia este grupo serían del tipo: “Los padres en el procedimiento generan un ambiente de tensión y los niños se ponen más nerviosos, generando más fallos al personal sanitario”.

- El resto de los grupos pequeños, grupo 3 (morado), 4 (rojo), 5 (azul), 8 (rosa) y 9 (gris). Representan comentarios sobre las mejoras a realizar y el personal sanitarios.

Con palabras como “depende-técnica-realizar”, “profesional- debería”, “generalizar- valorar- caso-distinto”, “personal sanitario”, “tener – educar”.

Representan comentarios como: “Es preciso valorar procedimiento, actitud de los padres y niño. Actuando siempre lo que sea mejor para el niño. Cada caso es distinto y no se puede generalizar”, “Creo que habría que individualizar y tener protocolos flexibles según procedimiento, situación y familias”.

DISCUSIÓN



DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la gran mayoría de los pediatras, enfermeras y auxiliares de enfermería 407(82%) respondieron que “Sí o Sí, a veces” realizan procedimientos invasivos en niños con presencia de los padres. Solo 87(18%) de ellos afirmó que “No” realiza procedimientos invasivos con presencia de los padres.

Si analizamos la evolución durante estos 5 años, ha aumentado claramente la presencia de padres en técnicas invasivas. En 2015 solo 20 (9%) sanitarios dijeron que “Sí” siempre trabajaban con los padres en las técnicas invasivas, pero la mayoría 164 (72%) dijeron que “Sí, a veces”, en cambio en 2020 muchos sanitarios que respondieron que en ocasiones (sí, a veces) , se deciden claramente por trabajar siempre con los padres, pues la respuesta “Sí” aumenta un 15%, 64 (24%) , la gran mayoría de ese aumento corresponden a la disminución en la respuesta “Sí, a veces” 12%, 59 (60%) y la disminución en la respuesta “No” que solo se reduce en un 3% de 43 (19%) en 2015 a 44 (16%) en 2020.

Se demuestra en nuestra investigación que a medida que los sanitarios realizan las técnicas invasivas a los niños en presencia de sus padres, van mejorando su conducta hacia los padres hasta que deciden trabajar siempre con ellos, esto ya se ha evidenciado en la literatura científica (72,76), Sacchetti ya demostró que el personal de los centros donde habitualmente se realizan procedimientos invasivos con familiares presentes suele estar más a favor de esta práctica, con respecto a aquellos profesionales que no trabajan con los padres en los procesos invasivos, como se evidencia también en nuestra investigación, los sanitarios que deciden no trabajar con los padres se mantienen firmes en su decisión y es muy difícil que cambien de conducta.

Encontramos también en nuestro estudio que depende de la unidad asistencial donde trabajen, los sanitarios serán más favorables o menos a la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Los sanitarios que trabajan en Urgencias, Oncología, consultas y escolares están más a favor de trabajar con los padres presentes, que en unidades como Uci pediátrica, Uci Neonatal y Neonatos donde son más reticentes a la presencia de los padres ($p < 0.001$).

Hemos encontrado en la evidencia científica comparación entre diferentes centros u hospitales y la presencia de padres en técnicas invasivas (76,77), pero ningún estudio que analice las diferencias existentes dentro de sus propias unidades asistenciales. En nuestro estudio es muy interesante observar los importantes cambios que hay de una unidad asistencial a otra, conocer estas diferencias nos muestra cómo trabaja cada unidad y cada equipo con respecto a la presencia de los padres en las técnicas invasivas y nos ayudará a establecer mejoras individualizadas según las características y necesidades de cada equipo asistencial.

Analizando la evolución de 2015 a 2020 en las diferentes unidades de pediatría de nuestro hospital, se encuentra una evolución muy favorable en algunas unidades como Urgencias ($p=0.002$), Oncología ($p=0.007$) y en Consultas ($p< 0.001$), en cambio no ha ocurrido así en unidades como Uci Pediátrica, Uci Neonatal y Neonatos ($p< 0.001$), donde no ha habido cambios favorables hacia la presencia de los padres en las técnicas invasivas.

Si intentamos encontrar ¿Por qué los sanitarios que trabajan en unas unidades mejoran su conducta hacia la presencia de los padres y en otras no?, podemos decir:

- En unidades como Oncología se trabaja con niños con patologías muy graves y crónicas por lo que requiere para su tratamiento y curación mucho tiempo en contacto íntimo con la familia y los niños. Se acaba conociendo muy bien al núcleo familiar y se acaban introduciendo en las técnicas invasivas de modo casi natural. En esta unidad se lleva mucho tiempo trabajando con los padres durante las técnicas invasivas que se realizan a los niños, por lo que su personal sanitario está cada vez más a favor de esta presencia, como se muestra en la evidencia científica (72,76).
- En Consultas externas, los niños no están ingresados, simplemente van a consulta por diferentes motivos, se trabaja con la familia presente en todo momento. Las técnicas invasivas que se realizan en los niños son técnicas rápidas y sencillas, por lo que se trabaja con los padres presentes y no se concibe separarlos. Los sanitarios que trabajan en consultas también van mejorando su conducta hacia la presencia de padres de forma natural.
- Los sanitarios que han cambiado radicalmente su conducta hacia la presencia de los padres en las técnicas invasivas, son los sanitarios que trabajan en el servicio

de Urgencias (ajuste residual -0,438 en 2015 y aumentando significativamente a 5,968 en 2020, para la presencia de los padres en las técnicas más invasivas, con $p < 0,001$). Cuando realizamos las encuestas en 2020 en el servicio de urgencias encontramos a los profesionales sanitarios muy concienciados con la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Los principales agentes del cambio eran los pediatras, pues fueron estos los que nos hablaron de los estudios de investigación y de los beneficios que suponía para los niños que los padres estuvieran a su lado durante los procesos invasivos. Nos enseñaron cambios estructurales que habían hecho en la unidad para favorecer su presencia, como una zona específica en la sala de reanimación para atender a los padres. Por lo que deducimos que fueron los pediatras con su formación actualizada en este campo y su actitud positiva, los que impulsaron un cambio en todo el equipo sanitario que trabaja en Urgencias, trabajando con los padres sobre todo en las técnicas más invasivas que son las que realizan los pediatras. Se evidencia que para generar cambios de actitud hacia la presencia de los padres, se necesita formación adecuada y cambios en la estructura del sistema. En la literatura científica (72, 76,89) se demuestra que el entrenamiento del personal sanitario y el desarrollo de programas de implementación sobre la presencia de los padres es un factor determinante en la opinión de los sanitarios y en el cambio de actitud hacia la presencia de los padres en las técnicas invasivas. En unos de los estudios (89) se evidencia que antes de un programa de implementación para la presencia de los padres en técnicas invasivas, el 56% de los profesionales sanitarios quería que los padres estuvieran presentes, mientras que después del programa el 97% de los sanitarios quería que se mantuviera la presencia familiar en las técnicas invasivas.

- En cambio, unidades como UCI Pediátrica, UCI Neonatal y Neonatos, son unidades donde se suele trabajar mayoritariamente sin los padres. Las técnicas suelen ser muy invasivas, por lo que los sanitarios deciden que los padres no estén presentes. En la evidencia científica, se encuentra que al aumentar la invasividad de los procedimientos también aumenta la decisión por parte de los sanitarios de rechazar la presencia de los padres (65-68). Los profesionales sanitarios trabajan en pocas ocasiones con los padres presentes y lo hacen en técnicas poco invasivas ($p < 0,001$). No han cambiado su conducta a lo largo del

tiempo, porque nada les ha hecho cambiar, no hay motivos para el cambio, por lo que siguen trabajando de la misma forma.

Si en nuestro estudio analizamos en qué técnicas invasivas están presentes los padres, encontramos que los sanitarios que permiten la presencia de padres lo hacen mayoritariamente en las técnicas menos invasivas 412(83%) frente a 82(17%) que permite la presencia de los padres en las técnicas más invasivas. Este hallazgo es una constante en la evidencia científica (65-68) y se ha denominado “jerarquía de la invasividad”.

Si observamos la evolución en estos 5 años. En general, se ha mejorado, pues hay una mayor presencia de los padres en casi todas las técnicas en 2020 con respecto a 2015. Se observa una tendencia a que los padres estén presentes en las técnicas más invasivas un 12% más en 2020 y en el mismo porcentaje ha disminuido la presencia de los padres en las técnicas menos invasivas.

Los pediatras son los que realizan en nuestro hospital las técnicas más invasivas, si analizamos los resultados de nuestro estudio, se encuentra asociación significativa ($p < 0.006$) por la que los pediatras han mejorado su conducta hacia la presencia de los padres en las técnicas más invasivas. También podemos deducir que hay unidades como Urgencias y Oncología donde es más probable que se realicen técnicas más invasivas en presencia de padres, en cambio en Uci Neonatal y Neonatos es más favorable a realizar las técnicas menos invasivas en presencia de padres ($p < 0.001$). Esto evidencia que los profesionales sanitarios que trabajan con los padres presentes en las técnicas invasivas de forma constante, decidida y con una actitud positiva, están cada vez más capacitados para hacerlo también en técnicas cada vez más invasivas, de tal manera que al final los padres estén presentes en todas las técnicas independientemente del grado de invasividad de la técnica, normalizando la presencia de los padres al lado del niño en todo momento y derribando el muro de la “jerarquía de la invasividad”.

Cuando preguntamos a los sanitarios si han tenido problemas con la presencia de los padres en las técnicas invasivas, obtenemos que la mayoría 291(59%) han tenido problemas ocasionalmente, 122(25%) nunca han tenido problemas y frecuentemente 33(7%). Casi todos los sanitarios 413(84%) han tenido problemas ocasionalmente o nunca.

Los sanitarios responden mayoritariamente 396(80%) que los problemas son principalmente: 197(40%) “indisposición familiar (mareo..)” y 199(40%) “peor comportamiento o mayor nerviosismo del niño”.

Del resto de los sanitarios respondieron que los problemas habían sido: 96(20%) “interrupción de la técnica” y 53(11%) “agresión/denuncia/reclamación”.

En nuestra investigación los sanitarios han respondido que tienen problemas con menos frecuencia que en un estudio multicéntrico que se realizó en España en los servicios de urgencias en el año 2010 (76), donde se obtienen que los sanitarios habían tenido problemas de forma ocasional, siendo los más frecuentes “indisposición familiar (mareo)” 78,6%, “peor comportamiento o mayor nerviosismo del niño” 63,3%, “interrupción de la técnica” 46,4% y “reclamación/denuncia” un 8%.

Los problemas más frecuentes en ambos estudios son los mismos, indisposición familiar y peor comportamiento o nerviosismo del niño.

Se ha encontrado suficiente evidencia (48-60) para afirmar que la presencia de padres es un beneficio para el niño y su familia, sin embargo, los sanitarios siguen refiriendo “mayor nerviosismo del niño” como un problema, por lo que es preciso formar a los sanitarios y mostrarles la evidencia científica, para que reflexionen sobre su actitud. Cuando el niño está acompañado de sus padres y se ve amenazado por alguien/algo extraño que le quiere hacer daño (los niños dependiendo de la edad, no entienden las técnicas invasivas, ni el fin que tienen), reaccionan pidiendo ayuda a sus padres, es un acto normal y reflejo de la propia naturaleza humana, una muestra del apego saludable. Es posible que los sanitarios veamos estas reacciones y las asociemos a un mayor nerviosismo del niño. Lógicamente, si los padres no están presentes, el niño no reacciona, se queda paralizado por el miedo y la indefensión, que se puede identificar como “se porta mejor sin los padres” cuando realmente el niño lo pasa mucho peor y su nivel de ansiedad es mucho más alto que cuando sus padres están presentes. Si observamos el análisis cualitativo de nuestra investigación, en los comentarios libres que hacen los sanitarios podemos identificar en varias ocasiones frases como: “Los niños están más tranquilos sin sus padres” “Los niños obedecen más con el personal sanitario”.

Si observamos la evolución en el tiempo, obtenemos que en nuestro hospital han aumentado los problemas ocasionales un 9% en 2020 con respecto a 2015. Esto puede deberse a que los sanitarios trabajan más en 2020 con la presencia de los padres en las técnicas invasivas. El problema que más ha aumentado es “indisposición familiar” con un incremento de 14% y han aumentado también un 6% los problemas “peor comportamiento del niño” y “agresión /denuncia/reclamación”.

Si mejoramos la conducta y aumentamos la presencia de los padres en las técnicas invasivas pero aumentan también los problemas que ocurren, como indisposición familiar, hay algo que no estamos haciendo bien, tendremos que analizar con nuevas investigaciones, por qué se producen estos problemas y como solucionarlos.

Por otro lado, hemos comprobado que los padres han aumentado su presencia sobre todo en las técnicas más invasivas. Presenciar estas técnicas suele ser más doloroso y desagradable para los padres que presenciar las técnicas menos invasivas. Es muy posible que en las técnicas más invasivas aumente el problema de indisposición familiar. No hemos encontrado evidencia en este sentido, tendríamos que seguir investigando para deducir cuáles son las técnicas en las que se produce con más frecuencia mareos o indisposición del familiar y establecer nuevas estrategias que permitan a los padres estar acompañando a sus hijos en las mejores condiciones o dejarles tiempo para que decidan no estar presentes, si creen que no lo van a poder afrontar con entereza.

Los profesionales que manifiestan tener más problemas de forma ocasional cuando los padres están presentes en las técnicas invasivas es el profesional de enfermería y el que expresa más frecuentemente que nunca tiene problema son los auxiliares ($p=0,013$). La gran mayoría de las técnicas que se realizan en el hospital son poco invasivas y las realiza el personal de enfermería, como ya hemos visto, los sanitarios que permiten la presencia de padres lo hacen mayoritariamente en las técnicas menos invasivas 412(83%), por lo que por proporción, es lógico que el personal de enfermería presencie con más frecuencia los problemas que se producen durante las técnicas invasivas.

Encontramos también asociación significativa con respecto a las unidades de pediatría ($p<0,001$). En la Uci Neonatal nunca manifiestan tener problemas cuando los padres están presentes, en cambio, en Urgencias es frecuente que los sanitarios manifiesten tener problemas. Como ya hemos evidenciado, en Urgencias se trabaja más con los

padres presentes y en técnicas más invasivas que en Uci neonatal que se trabaja poco con los padres y si están presentes es en técnicas poco invasivas, por lo que parece lógico que se produzcan más problemas en Urgencias.

MOTIVACIÓN – ACTITUD CONDUCTA - COMPORTAMIENTO

En las últimas investigaciones realizadas se evidencia que la decisión de los profesionales de salud de permitir la presencia de la familia durante las técnicas invasivas está fundamentada en sus creencias, valores y conocimientos (77-79).

Nuestro comportamiento debe ser un reflejo de nuestras creencias y valores que nos impulsan y motivan hacia actitudes concretas que determinan nuestra conducta, pero en muchas ocasiones esto no es así.

Si analizamos los resultados de nuestra investigación, la gran mayoría de los sanitarios de nuestro hospital 407(82%) respondieron que “Sí o Sí, a veces” trabajan en presencia de los padres durante los procedimientos invasivos que realizan a los niños, en cambio, si les preguntamos si creen que es necesaria la presencia de los padres durante las técnicas invasivas, 278(56%) contestan que “No es necesario”, 164(33%) creen que “Sí es necesario” y 52(11%) no contestan. Por lo que podemos deducir, que aunque los sanitarios trabajen con los padres presentes en las técnicas invasivas, una gran proporción de sanitarios creen que no es necesaria su presencia, por lo que su motivación será escasa o nula y su actitud reflejará una conducta poco positiva hacia la presencia de los padres.

Si analizamos los resultados por años, se observa un gran cambio, en 2015 solo 54(24%) sanitarios creían que era necesaria la presencia de los padres, en cambio en 2020, 110(41%) casi el doble de sanitarios, creen necesaria la presencia de los padres. También se ha reducido los sanitarios que creen que no es necesaria su presencia 142(63%) con respecto a 136 (51%) y los sanitarios que no contestan 31(14%) con respecto a 21(8%). Los sanitarios han mejorado bastante su actitud hacia la presencia de los padres en las técnicas invasivas, aun así, la mayoría de los sanitarios creen que no es necesaria su presencia.

Si analizamos los resultados por categorías, se evidencia que el grupo de pediatras ven como necesario que estén los padres presentes, en cambio el grupo de auxiliares no creen que sea necesario ($p < 0,001$), el grupo de enfermería se muestra neutral y no hay diferenciación estadística. Esta preferencia de los pediatras por la presencia de los padres en las técnicas invasivas ya se ha evidenciado en otras investigaciones realizadas en España (17,69). En cambio en artículos americanos o europeos son los profesionales de enfermería los que están más a favor de la presencia familiar en las técnicas invasivas (70,71). Esto puede deberse a que el Rol que desempeñan los profesionales sanitarios en España es muy distinto al Europeo o Americano; en Europa por ejemplo, las técnicas invasivas independientemente de la invasividad, las realiza el pediatra o la enfermera en base a la formación que haya recibido, en cambio en España, cada profesional de acuerdo a su categoría, puede acceder a unas determinadas técnicas y salirse de esto se considera intrusismo profesional.

En España, los pediatras realizan pocas técnicas pero muy invasivas, las que requieren mayor responsabilidad, cometer un error en la realización de las mismas podría suponer la muerte del niño, como son por ejemplo, intubación, punción lumbar o RCP. Los pediatras son muy expertos en la realización de estas técnicas, se han preparado durante 4 años que dura su residencia para hacerlas a la perfección. Por lo que tienen mucha seguridad al realizarlas, esto puede suponer una ventaja a la hora de que los padres estén presentes, pues cuando sabes trabajar, disminuyen los problemas para aceptar la presencia de los padres.

Las mayoría de las técnicas más invasivas requieren sedación del niño, por lo que se hacen con un gran equipo de sanitarios; los pediatras realizan la técnica, pero suelen ser los enfermeros y los auxiliares los que se ocupan del entorno del niño - familia y están trabajando de forma activa junto con el pediatra.

En cambio, los enfermeros realizamos las técnicas menos invasivas, pero las más frecuentes, nuestro trabajo va evolucionando continuamente, vamos aprendiendo nuevas técnicas sobre la práctica, se nos da muy poca formación para la cantidad de pruebas y técnicas que realizamos. Esto genera mucho estrés e inseguridad. Hasta hace muy poco, 2005, no se reconocía la figura de la enfermera pediátrica y, aún hoy, se siguen contratando enfermeras generalistas, sin formación en pediatría, para trabajar en unidades como Uci pediátrica o Uci Neonatal. Es muy probable que por esta razón, la

enfermera pediátrica se centre en intentar realizar con éxito la técnica y vea como secundario que los padres estén al lado del niño durante las técnicas.

La mayor parte de las técnicas poco invasivas no requieren sedación, por lo que el niño, la mayoría de las veces, está despierto y se resiste a que se le haga daño (excepto en los niños más grandes), el niño no colabora con el equipo, es aquí, donde los auxiliares tienen un papel muy importante, acompañan al niño y lo contienen, para que enfermería pueda realizar con éxito la técnica. En muchas ocasiones, los auxiliares asumen la función de los padres y lo han hecho así durante muchos años. Es posible que por este motivo los auxiliares no vean necesaria la presencia de los padres, pues puede que vean en peligro su propio Rol dentro del equipo. Se necesitarían nuevas investigaciones sobre el grupo de auxiliares para identificar por qué no ven necesaria la presencia de los padres.

También se evidencia ($p < 0,001$) que en unidades como Urgencias, Oncología y Consultas creen necesaria la presencia de los padres, en cambio en Uci pediátrica y Uci neonatal no lo ven necesario, en las unidades donde se ha demostrado que hay más presencia de padres es donde se cree que esta presencia es más necesaria.

Hemos llegado a las mismas conclusiones que un importante estudio multicéntrico que se realizó en España (76), para que los profesionales sanitarios permitan la presencia familiar son factores importantes la experiencia previa en presencia familiar y el centro sanitario o lugar dónde trabajen.

En nuestro estudio también se evidencia que la presencia de los padres no está influida por la edad o la experiencia en pediatría de los profesionales sanitarios, pero si hay diferencias significativas en relación a los pensamientos y creencias. Los sanitarios con menos edad tienen una actitud más favorable hacia la presencia de padres ($p = 0,005$). Se evidencia ($p < 0,001$) también que a mayor edad menos creen que sea necesaria la presencia de los padres, manifestando una actitud más reticente. No se observa significación estadística en relación a la experiencia en pediatría.

Podemos afirmar que nuestra hipótesis se confirma y se demuestra que no se ha producido un cambio de mentalidad favorable en los profesionales sanitarios con más edad y mantienen una actitud más negativa con respecto a la presencia de los padres.

Hay muy pocos estudios que relacionen la edad o la experiencia de los sanitarios con la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Se ha encontrado un estudio en contexto asiático, que refiere no encontrar una relación significativa entre la experiencia o la edad y la preferencia por la presencia de los padres. La cultura asiática y su sistema sanitario son muy diferentes al nuestro, por lo que no podemos hacer una comparación válida, se necesitarían más estudios españoles o de cultura occidental que investiguen esta relación entre edad/experiencia y presencia de padres, para establecer mejoras y formación orientado a estos sanitarios de mayor edad y experiencia. Se evidencia en un estudio realizado en Brasil (81), que los profesionales con menos experiencia laboral y una formación más reciente (10 años) tenía mayor aceptación a la presencia familiar en las técnicas invasivas. Estos resultados apuntan la necesidad de formación en los profesionales con más años de experiencia laboral (81), en nuestro estudio se evidencia también que los profesionales con mayor edad necesitan mayor apoyo y formación en este ámbito.

Los sanitarios muestran una actitud más positiva hacia la presencia familiar, si no han tenido nunca problemas u ocasionalmente ($p < 0,001$), aunque este resultado es lógico, no encuentra evidencia en este aspecto en otras investigaciones.

En la literatura científica encontramos bastantes estudios que evidencian los motivos por los que el personal sanitario no propone o rechaza a los padres en las técnicas invasivas, los más frecuentes son; una mayor angustia de los padres, una posible interrupción del procedimiento invasivo por parte de los padres, un peor rendimiento del profesional sanitario y el riesgo de un mayor número de denuncias. Se evidencia también el pensamiento por parte de los sanitarios de que la falta de preparación de los padres les producirá ansiedad al presenciar los procedimientos invasivos. (72-75).

Si intentamos analizar los motivos por los que algunos profesionales sanitarios de nuestro hospital no proponen o rechazan la presencia de los padres en las técnicas invasivas, encontramos un alto porcentaje de sanitarios 297(60%) que no contestan o no saben los motivos, solo contestan 197(40%) sanitarios y de ellos 171(87%) contestan que los motivos por los que no proponen o rechazan la presencia de los padres son:

- Por la invasividad del procedimiento.
- Por la ansiedad que manifiestan los padres durante las técnicas.
- Los padres no están preparados para presenciar determinados procedimientos.

Las razones se centran principalmente en la ansiedad que manifiestan los padres o la poca preparación que tienen para presenciar las técnicas, son motivos muy similares a los que se han evidenciado en otros estudios (72-75).

Estos motivos se manifiestan claramente en los comentarios recogidos, estos expresan mayoritariamente, la ansiedad que genera presenciar las técnicas invasivas para los padres y también el estrés que supone para el equipo sanitario que los padres estén presentes.

Si observamos el análisis de los comentarios por años:

En 2015, la palabra más frecuente es “padre” unido a “no-estar-presente-realizar técnica-niño” y unido directamente a “ponerse-nervioso”, expresado a través de frases como: “Yo creo que los padres no deben estar presentes, se ponen muy nerviosos”.

En 2020, los comentarios son más cortos y claros, pues se utilizan menos palabras. La palabra más frecuente sigue siendo “padre” unido a las palabras “no-presencia-ser” pero se desvincula de grupo de palabras “ponerse nervioso”, es más frecuente encontrar frases con pensamientos negativos hacia la presencia de padres, claros y concisos como: “En nuestras técnicas no deberían estar presentes los padres”, pero aparecen dos grupos nuevos independientes “depende-realizar-técnica” y “técnicas-invasivas-poner-nervioso”, estos grupos identifican nuevos pensamientos como: “Normalmente los padres prefieren no estar presentes en las técnicas invasivas. El personal se puede poner más nervioso en presencia de los padres”, frases como esta reconocen que todos nos ponemos nerviosos y no solo los padres.

El cambio de actitud de los sanitarios que hemos comprobado en el análisis cuantitativo de las encuestas, se verifica y completa con el análisis cualitativo de los comentarios. El estudio cualitativo enriquece la investigación y se demuestra claramente cuáles son los motivos que tienen los profesionales sanitarios para rechazar la presencia familiar.

LOS PROTOCOLOS DEBEN GUIAR NUESTRA PRÁCTICA PROFESIONAL

Los profesionales sanitarios debemos trabajar de forma unificada en base a la mejor evidencia científica para proporcionar una asistencia de calidad a nuestros pacientes. Un protocolo es un documento escrito que guía nuestra conducta de forma adecuada para conseguir un objetivo de manera correcta y eficaz. Los protocolos afianzan el trabajo y la comunicación entre el equipo, pues todos los sanitarios del equipo saben lo que hay que hacer y que haciéndolo de esta forma no vamos a cometer errores. Cuando seguimos los protocolos aumentamos no solo la calidad asistencial, sino también la seguridad del paciente.

Cuando hay una falta de información basada en la evidencia y ausencia de protocolos para la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos pediátricos, la visión tradicional prevalece (52).

Se ha evidenciado que la aplicación de protocolos que guíen nuestra actuación con respecto a la presencia de padres en las técnicas invasivas, es eficaz y produce importantes beneficios identificados para los padres, los niños y el personal sanitario (80).

En nuestro hospital un alto porcentaje de sanitarios 440 (89%) manifiestan que no hay protocolos sobre la presencia de padres en las técnicas invasivas.

En los comentarios también encontramos la necesidad que tienen los sanitarios de unificar criterios sobre este tema, se manifiesta un aumento de interés de 2015 a 2020, pues se observa un aumento de comentarios aportando mejoras 17% en 2015 con respecto a 26% en 2020, podemos encontrar frases como: “Debería estar protocolizado y no depender del profesional que realiza la técnica”, “Creo que habría que individualizar y tener protocolos flexibles según procedimiento, situación y familias”, “Hay que individualizar según paciente, procedimiento y padres”.

Escribir un protocolo sobre nuestro comportamiento hacia las familias y los niños en las técnicas invasivas, es complicado, pues cada familia y cada niño requiere unos cuidados y unas atenciones diferentes, al explicar los procedimientos nos tendremos que adaptar al nivel cultural de cada familia, respetar y entender decisiones por parte de los padres, etc. Es complicado, de hecho hay muy pocos protocolos escritos sobre este tema. Se han

encontrado protocolos en la literatura inglesa y americana pero muy pocos en español, adecuado a nuestra cultura y sociedad.

En un estudio que se realizó en 43 centros hospitalarios en toda España en 2010, solo 2 tenían un grupo de trabajo específico sobre el tema y un hospital, un protocolo específico (76). Estados Unidos es uno de los países pioneros en la presencia familiar, ya Mary Barkey y Barbara Stephens (42), establecieron su modelo de confort en 1999; sin embargo, la American Association of Critical Care Nurses alerta que, a pesar de la recomendación de organizaciones, conferencias de consenso, políticas y directrices de una práctica clínica para promover la inclusión de la familia en procesos invasivos y RCP, apenas 5% de las unidades de cuidados críticos norte-americanas, 8% de las canadienses y 7% de las europeas disponen de políticas escritas (77).

Ya se ha investigado sobre protocolos concretos y se ha identificado, la importancia de preparar y formar al personal sanitario sobre gestión del estrés y apoyo familiar durante las técnicas invasivas. Se ha evidenciado (63,91) la necesidad de que una persona del equipo sanitario formada (llamado “facilitador”) se preocupe exclusivamente de los padres durante las técnicas invasivas. La presencia de esta figura, disminuye el estrés que sienten los padres, pues ante algo desconocido y doloroso, tener un sanitario concreto a tu lado aporta seguridad y apoyo. También disminuye el estrés del equipo sanitario que pueden estar más tranquilos asistiendo al niño, sabiendo que la familia está atendida. En España esta figura aún no está reconocida, se abre un campo amplio de investigación y aprendizaje.

En nuestra investigación se manifiesta que 384(82%) profesionales sanitarios necesitan formación, esta necesidad se mantiene a lo largo del tiempo, 171(81%) sanitarios en 2015 y 213(83%) en 2020, lo que indica que en 5 años no se ha instruido a los profesionales sanitarios en este tema. Esta necesidad también se manifiesta en los comentarios con frases como: “Formación en el manejo de las emociones y comunicación asertiva”, “La formación es importante, para saber los beneficios del acompañamiento y poder vencer los prejuicios y el miedo de los profesionales y así poder realizar ciertas técnicas con ayuda de la familia”.

También se evidencia que a mayor edad de los sanitarios ($p= 0,0019$) y experiencia ($p=0,0042$) menos creen que necesitan formación en este campo, se observa que efectivamente los sanitarios de mayor edad y experiencia no tienen motivación para

aprender con respeto a la presencia familiar, por lo tanto hay que buscar estrategias para motivar y formar a estos profesionales con más edad y experiencia.

También podemos deducir que las unidades asistenciales más favorables a recibir formación son Uci Neonatal ($p=0,029$), Neonatos ($p=0,0045$) y Consultas ($p=0,031$). Dos de estas unidades Uci Neonatal y Neonatos es donde menos se trabaja con la presencia de padres en las técnicas invasivas, por lo que hay una opción de mejora en estas unidades pues los profesionales que trabajan en ellas están motivados y receptivos para mejorar este aspecto.

No hemos encontrado evidencia científica en relación a edad/experiencia y formación en este ámbito, ni tampoco en relación a las unidades asistenciales y la formación.

En nuestra investigación, hemos evaluado las actitudes y preocupaciones de los profesionales sanitarios con respecto a la presencia familiar. Conocer estas actitudes, es el primer paso para formular cualquier protocolo sobre presencia familiar, como aconseja la evidencia científica (92-95). Saber cómo piensan y qué es lo que guía su actitud, nos ayudará a establecer programas de formación adecuados que generen en los profesionales sanitarios un cambio de conducta eficaz, para mejorar así la atención a los niños y sus familias.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN.

Podemos afirmar que los resultados obtenidos en nuestra investigación, no solo representa con fiabilidad la actitud y comportamiento de la población a estudio, sino que también hemos obtenido resultados muy válidos con respecto a cómo se trabaja en cada unidad asistencial en relación a la presencia de padres. Al realizar el cálculo muestral sobre una población finita y dividir la muestra por estratos dependiendo de la cantidad de sanitarios según categorías que trabajan en cada unidad asistencial, reducimos los errores aleatorios y hemos llegado a resultados muy precisos con una fiabilidad y validez altos, siendo un reflejo fiel de lo que sucede en cada unidad asistencial de nuestro hospital. No hemos encontrado en la evidencia científica ningún estudio que seleccione su muestra de una manera tan rigurosa.

Es cierto, que al seleccionar la muestra de profesionales sanitarios de 2020 de acuerdo al cálculo muestral realizado sobre la población de sanitarios que teníamos en 2015, podemos estar incurriendo en un error sistemático por un sesgo de selección. Lo hicimos de esta manera para poder comparar la muestra de forma más veraz. Para mejorar la fiabilidad o precisión del estudio y la comparación por años, tendríamos que haber escogido a los mismos sanitarios que realizaron la encuesta en 2015 para el 2020.

También es un valor añadido de nuestra investigación la representación de todos los profesionales sanitarios del equipo asistencial, pediatras, enfermeros y auxiliares, con una tasa de respuesta a las encuestas bastante altas; los pediatras 65% de respuesta, enfermería un 86% mejorando con más de 100% esperado en 2020 y auxiliares 65% que aumenta a 78% en 2020. Se obtienen 494 encuestas sobre una población de 444 profesionales sanitarios, el alto volumen de sanitarios encuestados ha generado unos resultados que reflejan con mucha exactitud a la población estudiada. No hemos encontrado en la evidencia científica ningún estudio referido a la presencia familiar en las técnicas invasivas, con una muestra tan alta que represente a todos los sanitarios del equipo asistencial, por lo que nuestra investigación es de gran valor para la comunidad científica.

Nuestro estudio aumenta su fiabilidad al analizar el mismo problema de forma cuantitativa y cualitativa, los resultados de ambos estudios se complementan y apoyan llegando a las mismas conclusiones.

En nuestra investigación se muestra claramente los motivos por los que los profesionales sanitarios no proponen o rechazan la presencia familiar en las técnicas invasivas. Se ha evidenciado también que los sanitarios han mejorado su actitud con respecto a la presencia familiar, pero se necesita investigar más sobre las causas que han motivado el cambio de actitud favorable, en la investigación se intuye que es debido a la formación individual sobre presencia familiar que han tenido los pediatras, pero hay que verificar que esta mejora se debe a la formación. También se tendrían que hacer estudios más específicos sobre las unidades que han cambiado hacia una actitud favorable como son Urgencias, Oncología y Consultas.

Nuestro estudio muestra y abre nuevos campos de investigación, como es por ejemplo, la figura de una persona dentro del equipo sanitario (“facilitador”) que esté preparada y que acompañe a la familia durante las técnicas invasivas.

Los resultados de nuestra investigación se limitan a los profesionales de nuestro hospital. Por lo que solo podremos realizar mejoras en nuestro ámbito, a partir de los resultados obtenidos podremos realizar planes de formación y protocolos para mejorar la presencia de padres en las técnicas invasivas en nuestras unidades asistenciales, pero no podremos generalizar resultados a España o Europa. Se necesitarían estudios similares al nuestro en hospitales de tercer nivel, para establecer el comportamiento de los sanitarios españoles o europeos con respecto a la presencia familiar, y tras unificar resultados podremos establecer protocolos y directrices a nivel nacional o internacional.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

- Los profesionales sanitarios 407(82%) trabajan con los padres presentes siempre o en ocasiones. Solo 87(18%) sanitarios respondieron que no realizaban procedimientos invasivos en presencia de padres.
- Los padres están presentes en las técnicas menos invasivas 412(83%) frente a 82 (17%) que permite la presencia de los padres en las técnicas más invasivas.
- La actitud de los profesionales sanitarios ha mejorado debido a :
 - Cambio muy favorable principalmente en la actitud de los pediatras hacia la presencia de padre; esto ha motivado cambios en el equipo asistencial, de tal manera que ha aumentado un 12 % la presencia de padres en las técnicas más invasivas.
 - Depende de la unidad asistencial donde se trabaje, los sanitarios serán más favorables o menos a la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Los sanitarios que más han mejorado su actitud hacia la presencia familiar son los que trabajan en las unidades de Urgencias, Oncología y Consultas y trabajan con los padres presentes en las técnicas más invasivas, en cambio los sanitarios que trabajan en UCI Pediátrica, UCI Neonatal y Neonatos tienen una actitud más reticente hacia la presencia de padres y si trabajan con ellos presentes lo hacen en técnicas poco invasivas.
 - En 2015 solo 54(24%) sanitarios creían que era necesaria la presencia de los padres en las técnicas invasivas, en cambio en 2020, 110(41%) creen necesaria su presencia. El grupo de pediatras ven como necesario que estén los padres presentes en las técnicas invasivas, en cambio el grupo de auxiliares no creen que sea necesario. Los sanitarios de mayor edad, manifestando una actitud más reticente y no creen que sea necesaria la presencia de los padres en las técnicas invasivas. Los sanitarios con menos edad tienen una actitud más favorable.

- A medida que los sanitarios realizan las técnicas invasivas a los niños en presencia de sus padres, van mejorando su conducta hacia los padres hasta que deciden trabajar siempre con ellos.
 - No haber tenido problemas o solo ocasionalmente cuando los padres han estado presentes en las técnicas invasivas, es un hecho que ha mejorado la actitud de los profesionales sanitarios hacia la presencia familiar en las técnicas invasivas.
- Un porcentaje alto de sanitarios 396 (80%) han manifestado tener problemas cuando los padres han estado presentes en las técnicas invasivas, estos problemas han sido principalmente: 197(40%) “indisposición familiar (mareo..)” y 199(40%) “peor comportamiento o mayor nerviosismo del niño”. Han aumentado los problemas ocasionales un 9% en 2020 con respecto a 2015. El problema que más ha aumentado es “indisposición familiar” con un incremento de 14%. Los profesionales de enfermería son los que manifiestan tener más problema. En la unidad asistencial de Urgencias tienen problemas frecuentemente, respecto a UCI Neonatal que nunca manifiestan tener problemas.
 - Un porcentaje escaso de sanitarios 82 (17%) refieren que no trabajan en presencia de padres cuando realizan las técnicas invasivas, manifiestan que los motivos de la no presencia han sido:
 - Por la invasividad del procedimiento.
 - Por la ansiedad que manifiestan los padres durante las técnicas.
 - Los padres no están preparados para presenciar determinados procedimientos.
 - En nuestro hospital un alto porcentaje de sanitarios 440(89%) manifiestan que no hay protocolos sobre la presencia de padres en las técnicas invasivas.
 - La mayoría de los profesionales sanitarios 384(82%) manifiestan que necesitan formación en este ámbito, con respecto a la formación se evidencia:

- Los profesionales sanitarios de más edad y con más experiencia creen que no necesitan formación en este campo.
- Los profesionales sanitarios que trabajan en UCI Neonatal, Neonatos y Consultas, se sienten muy interesados en recibir formación en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. García Álvarez A. La hospitalización de la infancia en Europa. Desafíos y retos para la educación. *TABANQUE Revista pedagógica*. 2013; 26: 89–112.
2. Mark K. Family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience. An integrative review. *Review Scand J Caring Sci*. 2020; 35(1): 20-36
3. Zafra Anta M.A, García Nieto V. Historia de la Pediatría en España. *Pediatría integral*. 2015; 19 (4): 235-242
4. Bellosso W.H. Historia de los antibióticos. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*. 2009; 29 (2): 102-111.
5. Roberts C.A. Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and incidence study. *J Pediatr Nurs*. 2010; 25: 470-476.
6. Cook E.T. *The life of Florence Nightingale*. London: Macmillan; 1914. p. 1-59.
7. Nicoll J.H, MB, CM Glasg. The surgery of infancy. *BMJ*. 1909; 18: 753-755.
8. Emde R.N. Individual meaning and increasing complexity: Contributions of Sigmund Freud and Rene Spitz to developmental psychology. *Dev Psychol*. 1992; 28(3): 347-359.
9. Bowlby J. *Child care and the growth of love*. Baltimore MD: Penguin Books; 1953.
10. Frank R. Parents and pediatric nurse. *Am J Nurs*. 1952; 52(1): 76- 77.
11. Fagin C. *The effects of maternal attendance during hospitalization on the post hospital behavior of Young children*. Philadelphia: F.A.Davis Edition; 1966.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. *Plan de humanización de asistencia sanitaria*. Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984. p. 1-86.
13. Noreña Peña A.L, Cibanal J.L. El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños

hospitalizados. *Cultura de los cuidados*. 2008; 12(23): 70-79.

14. Herrero Fernández N, González González J(dir). *Hospitalización infantil: el niño y su familia*. [Trabajo fin de grado]. Escuela Universitaria de Enfermería de Cantabria. Junio 2014.

15. Guerra-Ramírez M, Muñoz-de Rodríguez L. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enferm univ*.2013; 10(3): 84-91

16. Lizasoáin O, Ochoa B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. Universidad de Navarra. Dpto. de Educación. Biblioteca de Humanidades. 2003; 5: 75-85.

17. 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. *Emergencias* [Internet]. 2010 [citado 2 de febrero de 2010]; 22: 175-180. Disponible en: <http://bit.ly/2XMhWRi>

18. Sánchez Pina I .Miedos del niño hospitalizado y estrategias de afrontamiento. *Enfermera pediátrica* [internet]. 2013 [citado 25 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://enfermerapediatrica.com/miedos-del-nino-hospitalizado-y-estrategias-de-afrontamiento/>

19. Taber's Medical Dictionary Online website. Procedimiento invasivo: definición. Medline Plus [Internet].2019 [citado 11 de Junio de 2019]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002384.htm>

20. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2020; 27(4): 232-233.

21. Pinto M, Lima D, Castro-Lopes J, Tavares I. Noxious-evoked c-fos expresión in brainstem neurons immunoreactive for GABAB, mu-opioid and NK-1 receptors. *Europ J Neurosc*. 2003; 17: 1393.

22. Mathew PJ, Mathew JL. Assesment and management of pain in infants. Review. *PMJ*. 2003; 79: 438-43.

23. Dinerstein A, Brundi M. El dolor en el recién nacido prematuro. *Rev Hosp Mat Inf*

Ramón Sardá. 1998; 17: 97-192.

24. Peters JW, Koot HM, de Boer JB, et al. Majorsurgery within the first 3 months of life and subsequent biobehavioral pain responses to immunizationat later age: a case comparison study. *Pediatrics*. 2003; 11: 129-135

25. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*. 1997; 349: 599-603.

26. Tutaya A. Dolor en Pediatría. Asociación de Médicos Residentes del Instituto de Salud del Niño. *Pediátrica*. 2002; 4(2): 27 – 40.

27. Vidal M.A, Calderón E, Martínez E, González A, Torres L.M. Dolor en neonatos. *Rev. Sociedad Española del Dolor*. 2005; 12: 98-111.

28. González Rodríguez M.P. Disminución del dolor durante la toma de muestras en niños. *Rev. Pediatr. Aten.Primaria*. 2006; 8: 127-138.

29. Molina J,Sagaseta de Ilúrdoz M, Busto N, et al. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2002; 25(1): 37-45

30. Cruz M. Conferencia: Fundamentos actuales de la terapéutica del dolor en Pediatría. *Bol. Pediatr*. 1999; 39: 186-196.

31. Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchon J, Malmierca A.J. Valoración del dolor en Pediatría .Curso de formación continuada de dolor en pediatría. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria .*Pediatría integral*. Madrid. 2008

32. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Analgésicos. AEP[Internet].2021 [citado 19 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/category/pediamecum/analgesicos>

33. Suárez Sanz S. Dolor en pediatría. Enfoque terapéutico. *Farmacia profesional*. 2002; 16 (9): 82-86.

34. Quiles M.J, van-der Hofstadt C.J, Quiles J. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004; 11: 360-369

35. Reyes Corrales I. Valoración del dolor en el paciente pediátrico hospitalizado. Revisión narrativa. [Trabajo fin de grado]. Madrid: Facultad de Medicina Universidad

Autónoma de Madrid; 2017

36. Guerrero Márquez G, Miguez Navarro MC, Sánchez García I, et al. Manejo del dolor en urgencias pediátricas. SEUP. 2019; 28: 1-14.

37. Martínez Martínez P.L. Eficacia y seguridad de la administración de midazolam y ketamina comparado con midazolam y fentanilo como sedoanalgesia intravenosa para la reducción de fracturas en niños [Trabajo fin de Master].Universidad Internacional de Andalucía. 2017

38. Saitua Iturriaga G, Aguirre Unceta-Barrenechea A, Suarez Zarate K, Zabala Olaechea I, Rodríguez Núñez A, Romera Rivero M.M. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. An Pediatr. 2009; 71(4): 310–313

39. Bonetto G, Salvatico E, Varela N, Cometto C, Gómez P.F, Calvo B. Pain prevention in term neonates: randomised trial for three methods. Arch Argent Pediatr 2008; 106(5): 392-396.

40. Slater R, Cornelissen L, Fabrizi L, Patten D, Yoxen J, Worley A, et al. Oral sucrose as an analgesic drug for procedural pain in newborn infants: a randomised controlled trial. Lancet. 2010; 6736: 1-8.

41. Harrison D, Stevens B, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Beyene J, et al. Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. Arch Dis Child. 2010; 95: 406-13.

42. Barkey M, Stephens B. Techniques to comfort children during stressful procedures. Accid. Emerg. Nursin. 1999; 7(4): 226-236.

43. Rivara Dávila G, Bucher Oliva A, Briceño Clemens D, et al; Clowns as analgesic pharmacological method in hospitalized children. Rev. peru. pediatr. 2010; 63 (2).

44. Alcolea M.T, López López P(dir), Ruiz Ortín M(dir). Estrategias de adaptación a la hospitalización en niños preescolares. [Trabajo fin de grado]. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. 2016.

45. Rosa Pallás C, Acuña J. Analgesia no farmacológica. Protocolo Cuidados centrados en el desarrollo. Hospital 12 de Octubre. Madrid. 2011

46. Albert Espinosa. El mundo amarillo. 35° ed. Barcelona: Debolsillo; 2013. p. 1-170.
47. Uyar M, Korhan AE. The effect of music therapy on pain and anxiety in intensive care patients. *Agri*. 2011; 23(4): 139-146
48. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care: patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2012; 129: 394-404.
49. Basal AA, Al Sai AEO, Elazazy MH. Perception of health care providers, patient's families and patients towards family presence during invasive procedures in emergency care units. *Am JSci*. 2012; 8(11): 152-161.
50. Dunst JC, Trivette MC. Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *Int J Pediatr*[Internet]. 2009 [citado 1 de Enero de 2010]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2009/576840>.
51. Miller JH, Stiles A. Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. *Qual Health Res*. 2009; 19(10): 1431-1442.
52. Pruitt LM, Johnson A, Elliott JC, Polley K. Parental presence during pediatric invasive procedures. *J Pediatr Health Care*. 2008; 22(2): 120-127.
53. Inan G. Effect of three different diversionary methods applied during bloodletting on pain and anxiety levels of children.[Master Thesis]. Haliç University Institute of Health Sciences Nursing. Istanbul. 2017.
54. Al-Abbass TM, Abdelkader RH, Shoqirat N, Obeidat H. The effect of parental presence in decreasing pain level for children during venipuncture. *PJNM*. 2016; 2(3): 12-19.
55. Matziou V, Chrysostomou A, Vlahioti E, Perdikaris P. Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *Br J Nurs*. 2013; 22(8): 470-475.
56. Pani CS, Al Anazi SG, Al Baragash A, Al Mosaihel M. Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. *J Int Soc Prev Commun Dent*. 2016; 6: 148-152.
57. Kristi D, Stewart HS, Finley AG. When are parents helpful? A randomized clinical

trial of the efficacy of parental presence for pediatric anesthesia. *Can J Anesth*. 2010; 57: 751-758.

58. Sağlık DS, Çağlar S.J. The effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. *Emerg Nurs*. 2019 ; 45(3): 278-285.

59. Sadeghi A, Tabari A.K, Mahdavi A, Salarian S. Razavi S.S. Impact of parental presence during induction of anesthesia on anxiety level among pediatric patients and their parents: a randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017; 12: 3237-3241.

60. Ozdogan H.K, Cetinalp S, Kuran G, Tugal O, Tahiroglu M, Herdem U.E, et al. The effects of maternal presence during anesthesia induction on salivary cortisol levels in children undergoing tonsillectomy and/or adenoidectomy. *Controlled Clinical Trial J Clin Anesth*. 2017; 39: 64-66.

61. Dougal LR, Anderson HJ, Reavy K, Shirazi CC. Family presence during resuscitation and/or invasive procedures in the emergency department: one size does not fit all. *J Emerg Nurs*. 2011; 37: 152-157.

62. MacLean S.L, Guzzetta C. E, White C, Fontaine D, Eichhorn D.J, Meyers T.A, et al. Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practices of Critical Care and Emergency Nurses. *Am J Crit Care* .2003; 12 (3): 246-257.

63. Smith McAlvin S, Carew-Lyons A. Presencia familiar durante procedimientos invasivos en cuidado crítico pediátrico: una revisión sistemática. *American Journal of Critical Care*. 2014; 23: 477-485.

64. Asociación Española de Pediatría. Decálogo de seguridad del niño en el entorno sanitario. *AEPed [Internet]*. 2014 [citado 11 de abril de 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2wPSK0C>

65. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes? *An Pediatr*. 2009; 70: 230–4.

66. Egemen A, Ikizoglu T, Karapinar B, Cosar H, Karapinar D. Parental presence during invasive procedures and resuscitation. Attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatr Emerg Care*. 2006; 22: 230–4.
67. Fein JA, Ganesh J, Alpern ER. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care*. 2004; 20: 224–7.
68. Waseem M, Ryan M. Parental presence during invasive procedures in children: what is the physician's perspective? *South Med J*. 2003; 96: 884–7.
69. 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 Pediatr Esp*. 2008; 66(5): 225-228.
70. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. *Elsevier*. 2007; 44(7): 1238-1249.
71. 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. *Am J Crit Care*. 2007; 16 (3): 270–279.
72. Sacchetti A, Carraccio C, Leva E, Harris RH, Lichenstein R. Acceptance of family member presence during pediatric resuscitations in the emergency department: effects of personal experience. *Pediatr Emerg Care*. 2000; 6: 85–7.
73. Meyers T, Eichborn DJ, Guzzetta C, Clark A, Klein J, Taliaferro E, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses and physicians. *Am J Nurs*. 2000; 100(2): 32-43.
74. Gold KJ, Gorenflo DW, Schwenk TL, Bratton SL. Physician experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation in children. *Pediatr Crit Care Med*. 2006; 7: 428–33.
75. Nigrovic LE, McQueen A, Neuman MI. Lumbar puncture success rate is not influenced by family-member presence. *Pediatrics*. 2007; 120: 777–82.
76. Gamell Fulla 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 Pediatr.* 2010; 72(4): 243–249.

77. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26: 30-46

78. Cathie G. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurse.* 2017; 37(1): 11-4.

79. Pasek TA, Licata J. Parent advocacy group for events of resuscitation. *Crit Care Nurse.* 2016; 36(3): 58-64.

80. Mangurten J, Scott S.H, Cathie E. Guzzetta. Et al; Effects of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in a Pediatric Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2006; 32(3): 225-233.

81. Mekitarian FFP, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(4): 460-6.

82. Bauchner H, Waring C, Vinci R. Parental presence during procedures in an emergency room: results from 50 observations. *Pediatrics.* 1991; 87(4): 544-8.

83. Jones M, Qazi M, Young KD. Ethnic differences in parent preference to be present for painful medical procedures. *Pediatrics.* 2005; 116(2): 191-7.

84. Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Palacios Cuesta A, Blázquez Gamero D , Marín Ferrer M.M. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. *An Pediatr.* 2012; 77(1): 28-36.

85. Parra Cotanda C, Luaces Cubells C, Pou Fernández J. ¿Deberían estar presentes los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias? *An Pediatr.* 2009; 70 (3): 293–296

86. Arribas Mozo A.B. Valencia Pérez M (dir), Barba M.A(dir). Propuesta de protocolo para disminuir la ansiedad de los padres en Urgencias de Pediatría. [Trabajo fin de grado] Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. 2019

87. Ubillos S, Mayordomo S, Páez. Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. *Psicología Social, Cultura*

y Educación. 2004; 10: 1-37.

88. Conselleria Sanidad. EPIDAT.4.1. Programa estadístico. Xunta de Galicia. [Internet]. 2010 [citado 29 de julio de 2016]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT?idioma=es>

89. Yousef Y, Drudi S, Sant'Anna A.M, Emil S. Parental presence at induction of anesthesia: perceptions of a pediatric surgical department before and after program implementation. *J Pediatr Surg.* 2018 ; 53(8): 1606-1610.

90. Choong Yi Wong P, Tripathi M, Warier A, Ying Lim Z, Chong S.L. Parental presence during pediatric emergency procedures: finding answers in an Asian context. *Clin Exp Emerg Med.* 2019; 6(4): 340-344.

91. Fein J.A, Ganesh J, Alpern E.R. Medical Staff Attitudes Toward Family Presence During Pediatric Procedures. *Pediatr Emerg Care .* 2004; 20 (4): 224-7.

92. 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 Pediatr.* 2015; 82(1): 6-11.

93. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Patient and family-centred care of children in the emergency department. *Pediatrics.* 2008; 122: 511-21

94. Schieferle Uhlenbrock J. Position Statement. Resuscitative Decisions in the Emergency Care Setting. ENA. 2018.

95. Dudley N, Ackerman A, Kathleen M, Brown, Sally K, et al. Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics.* 2015; 135(1): 255-72.

96. Kobya Bulut H, Yesilcicek Calik K. Doctors and nurses' views on the participation of parents in invasive procedures of hospitalized children. *J Pak Med Assoc. Turkey.* 2020; 70 (2): 231-235.

97. Shields L, Zhou H, Taylor M, Hunter J, Munns A, Watts R. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. *JB Libr Syst Rev.* 2012; 10(39): 2559-2592.

98. Salamanca Castro A.B. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: FUDEN; 2013.p.487.
99. Beytut ŞD, Bolışık B, Solak U, Seyfio glu U. Investigation of effects of hospitalization on children by a projective method, drawing. *Journal of Nursing Science*. 2009; 2(3): 35-43.
100. Blount LR, Loiselle AK. Behavioural assessment of pediatric pain. *Pain Res Manage*. 2009; 14(1): 47-52.
101. Brown K, Mace ES, Dietrich MA, Knazik S, Schamban EN. Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *CJEM*. 2008; 10(1): 38-43.
102. Isoardi J, Slabbert N, Treston G. Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation in the emergency department: a parental perspective. *Emerg Med Australas*. 2005; 17: 244-248.
103. Egemen A, Ikizo_glu T, Karapınar B, Coflar H, Karapınar D. Parental presence during invasive procedures and resuscitation: attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatr Emerg Care*. 2006; 22: 230-234.
104. Özçetin M, Suren M, Karaaslan E, Colak E, Kaya Z, Guner O. Effects of parent's presence on pain tolerance in children during venipuncture: a randomised controlled trial. *HKJ Paediatr*. 2011; 16(4): 247-252.
105. Afshar H, BY Nakhjavani, Mahmoudi-Gharaei J, Paryab M, Zadhoosh S. The effect of parental presence on the 5-year-old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. *Iran J Pediatr*. 2011; 21(2): 193-200.
106. Shindova M, Belcheva A. The effect of parental presence on the dental anxiety during clinical examination in children aged 6-12 years. *J IMAB* . 2013; 19(4): 435-438.
107. Cox JCI, Krikken BJ, Veerkamp JSJ. Influence of parental presence on the child's perception of and behaviour during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011; 12(4): 200-4
108. Martín Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5(17): 23-29.

ANEXOS



ANEXO 1:

ENCUESTA QUE SE REALIZARÁ DURANTE LA INVESTIGACIÓN:

Categoría profesional: Facultativo pediatra Facultativo residente pediatría
 Enfermería pediatría Enfermería residente pediatría Auxiliar enfermería

Servicio de pediatría en el que trabaja:

Edad: Sexo: Hombre Mujer

Tiempo de experiencia en pediatría (años):

CUESTIONARIO:

1. En tu servicio, ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos que se realizan a los niños?
 - Sí
 - Sí, a veces
 - No

Si has contestado Sí o Sí, a veces:

¿Cuáles son las técnicas que se realizan habitualmente con los padres presentes?

- Extracción de analítica sanguínea
- Colocación de vía periférica
- Colocación de vías centrales, vía arterial.
- Sondaje vesical
- Sondaje oro/nasogástrico
- Lavado nasal
- Punción lumbar
- Sutura/ cura de heridas
- Reducción/tracción esquelética
- Pruebas diagnósticas o de tratamiento (Toracocentesis, fibroscopia, gastroscopia, colonoscopia, etc.)
- Intubación endotraqueal
- Maniobras RCP
- Otros: _____

¿Cuándo están presentes los padres?

- Durante toda la técnica
- Si es una técnica que requiere sedación del niño, solo están presentes cuando el niño está despierto, antes y después de la técnica.

¿Cuánto tiempo se están realizando estas técnicas con los padres?

- < 6 meses
- 6-12 meses
- 1-2 años
- 2-5 años > 5 años > 10 años

¿Has tenido problemas derivados de la presencia de los padres?

- Nunca
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Siempre.

Estos problemas han sido:

- Indisposición del familiar (ejemplo: mareo)
- Interrupción de la técnica
- Peor comportamiento/ mayor nerviosismo del niño.
- Denuncia/ reclamación relacionada con el procedimiento

Si has contestado que NO:

¿Por qué motivos no se propone la presencia de los padres?

- El personal sanitario decide que no, por la invasividad del procedimiento.
- Por temor de un peor rendimiento del personal sanitario
- Por temor de un mayor número de denuncias/reclamaciones.
- Por mayor nerviosismo de los niños
- Por la ansiedad de los padres
- Por creer que los padres no están preparados para presenciar determinados procedimientos.
- Por motivos de asepsia
- Por espacio físico reducido
- Otros: _____

2. ¿Crees que es necesaria la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en pediatría?

- Sí
- No

3. En su servicio, ¿Existe un protocolo específico sobre la presencia de los padres?

- Sí
- No

4. ¿Crees que es necesario desarrollar algún tipo de formación a los profesionales sanitarios, grupos de trabajo y/o elaboración de protocolos sobre el tema?

- Sí

○ No

COMENTARIOS: _____

ANEXO 2:

Encuesta del Estudio, “¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España”. An Pediatr (Barc). 2010;72(4):243–249. doi:10.1016/j.anpedi. 2009.11.014.

1. Centro hospitalario donde trabaja:		
2. Número de adjuntos que trabajan habitualmente en Urgencias:		
3. Número de visitas anuales que se realizan en su servicio:		
4. <u>En su servicio de Urgencias ¿qué técnicas se realizan habitualmente con los padres presentes?</u>		
Ninguna	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Extracción de analítica sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Colocación de vía periférica	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sondaje vesical	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sondaje oro/nasogástrico	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavado gástrico	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Punción lumbar	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sutura de heridas	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Reducción/tracción esquelética	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Toracocentesis	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Intubación endotraqueal	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras maniobras de RCP	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras, indique cuál		
5. <u>Si en alguno de los procedimientos anteriores ha respondido que no, ¿por qué motivos no se propone la presencia de los padres?</u>		
Por la invasividad del procedimiento	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por motivos de asepsia	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por espacio físico reducido	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por un mayor nerviosismo de los niños	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por la ansiedad de los padres	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por creer que los padres no están preparados para presenciar determinados procedimientos	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por temor de un peor rendimiento del personal sanitario	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Por temor de un mayor número de denuncias/reclamaciones	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros:		
6. <u>¿Han tenido problemas derivados de la presencia de los padres?</u>		
Nunca <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>
		Siempre <input type="checkbox"/>
7. <u>Si ha respondido afirmativamente, ¿qué problemas han aparecido?</u>		
Indisposición del familiar (ejemplo mareo)	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Interrupción de la técnica	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Peor comportamiento/mayor nerviosismo del niño	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Denuncia/reclamación relacionada con el procedimiento	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros:		
8. <u>¿El personal sanitario de su servicio está de acuerdo con la presencia de los padres durante la realización de procedimientos poco invasivos en Urgencias (ej. extracción de analítica sanguínea, colocación de vía periférica, sondaje vesical, sondaje gástrico)?</u>		
Nada <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>
		Mucho <input type="checkbox"/>
9. <u>¿El personal sanitario de su servicio está de acuerdo con la presencia de los padres durante la realización de procedimientos moderadamente invasivos en Urgencias (ej. punción lumbar, sutura de heridas, reducción/tracción esquelética)?</u>		
Nada <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>
		Mucho <input type="checkbox"/>
10. <u>¿El personal sanitario de su servicio está de acuerdo con la presencia de los padres durante la realización de procedimientos muy invasivos en Urgencias (ej. toracocentesis, intubación endotraqueal, otras maniobras de RCP)?</u>		
Nada <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>
		Mucho <input type="checkbox"/>
11. <u>En su servicio, ¿existe un grupo de trabajo específico sobre la presencia de los padres?</u>		
	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. <u>En su servicio, ¿existe un protocolo específico sobre la presencia de los padres?</u>		
	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13. <u>¿Cree que es necesario desarrollar algún tipo de formación a los profesionales sanitarios, grupos de trabajo y/o elaboración de protocolos sobre el tema?</u>		
Innecesario <input type="checkbox"/>	Poco necesario <input type="checkbox"/>	Bastante necesario <input type="checkbox"/>
		Muy necesario <input type="checkbox"/>
Comentarios:		
.....		
.....		
.....		

ANEXO 3:

Información previa al cuestionario

Estimado profesional sanitario del Hospital Infantil Virgen de la Arrixaca.

Me dirijo a usted para hacerle partícipe de un Estudio que se está llevando a cabo en todas las unidades de pediatría de este Hospital.

Este Estudio tiene como objetivo, conocer la actuación de los profesionales de la salud ante las técnicas invasivas en niños y la presencia de padres en las mismas.

Le ruego conteste el siguiente cuestionario, de la manera más veraz posible, para que los resultados sean acordes con la realidad.

El cuestionario y los datos que se obtengan serán tratados de forma adecuada, según la Ley de protección de datos (Ley 15/1999, de 13 diciembre) con carácter anónimo y solo para un fin científico, siempre con el objetivo de mejorar.

Si desea saber los resultados de esta investigación, puede escribir aquí su e-mail y tendré el placer de enviárselos.

E-mail:

MUCHAS GRACIAS.

UN CORDIAL SALUDO.

LAURA PALOMARES GONZÁLEZ. ENFERMERA PEDIATRICA. 2014.