

# Papel de la enfermería hospitalaria en el cuidado del niño crítico

(The role of hospital nursing in the care of the  
children in critical states)

Fernández Santamaría, Lourdes; Pérez Tudanca,  
Carmen

Hospital Donostia. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales  
y Pediátricos. Alto de Zorroaga s/n. 20014 Donostia-San  
Sebastián

BIBLID [1577-8533 (2003), 5; 67-74]

Recep.: 22.01.02  
Acep.: 10.07.02

---

*En el presente artículo se pretende relatar el aspecto humano de la relación del personal de enfermería con los padres de los niños enfermos y los propios niños. Se hace referencia a los niños críticos, es decir, los ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos. La exposición es fruto fundamentalmente de la experiencia de las dos profesionales de la enfermería pediátrica que colaboran en el artículo y éste se centra fundamentalmente en la faceta psicológica del ingreso.*

*Palabras Clave: Enfermería pediátrica. Cuidados Intensivos Neonatales. Cuidados Intensivos Pediátricos. Niños. Psicología.*

*Erizaintzan diharduten pertsonen haur gaixoen gurasoei eta haurrekin berekin duten harremanaren giza alderdia azaltzea da artikulu honen helburua. Bertan, haur kritikoak ditugu mintzagai, hau da, Jaioberrien Arreta Intentsiboko Unitateetan eta Pediatriako Arreta Intentsiboko Unitateetan ospitaleratuak direnez. Azalpen hau, funtsean, artikuluan parte hartzen duten erizaintza pediatrikoko profesional bien esperientziaren fruitua da, eta, funtsean, ospitaleratzearen alderdi psikologikoa hartzen da kontuan.*

*Giltza-hitzak: Erizaintza pediatrikoa. Jaioberrien Arreta Intentsiboak. Pediatriako Arreta Intentsiboak. Haurrak. Psikologia.*

*Cet article tente de relater l'aspect humain de la relation du personnel infirmier avec les parents des enfants malades et avec les propres enfants. On fait référence aux enfants qui sont dans un état critiques, c'est-à-dire ceux qui sont admis dans les Unités de Soins Intensifs Néo-natales et Unités de Soins Intensifs pédiatriques. L'exposé est fondamentalement le fruit de l'expérience des deux professions de l'infirmier pédiatrique qui collaborent à cet article et celui-ci est axé surtout sur la facette psychologique de l'admission.*

*Mots Clés: Infirmerie pédiatrique. Soins Intensifs Néo-natales. Soins Intensifs Pédiatriques. Enfants. Psychologie.*

## **1. INTRODUCCIÓN**

Este trabajo ha sido realizado por Lourdes Fernández, enfermera del servicio de neonatología del Hospital Donostia en San Sebastián, con una experiencia de diez años en la unidad y Carmen Pérez Tudanca, enfermera en el servicio de intensivos pediátricos, con tres años de experiencia en la unidad de intensivos pediátricos y cinco el servicio de neonatología en el mismo hospital. Pretenden dar una visión desde un punto de vista personal del papel de la enfermería hospitalaria en el cuidado del niño crítico, tanto en las unidades neonatales como pediátricas

## **2. EL NIÑO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

### **2.1. Shock emocional**

Los padres durante el tiempo que dura el embarazo viven un periodo de esperanza, expectativa y amor, estas emociones pueden verse frustradas si existe un embarazo riesgo, que pone en peligro la vida de la madre o del bebe.

El ingreso del Recién nacido (R.N.) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) sucede de forma rápida. La mayoría de las veces debido al estado crítico del niño no se puede informar a los padres de lo que sucede.

Cuando los padres pueden por fin ver al niño, los sentimientos que afloran son de diversa índole:

- Aturdimiento, por el medio que rodea al niño, aparataje, sondas, ruidos, alarmas.
- Miedo, miedo a las secuelas, que le puede acarrear la enfermedad, malformaciones de su hijo, miedo a que no pueda sobrevivir, miedo al futuro. No saben cuál va a ser el marco en el cual se van a desarrollar sus vidas, temen por las limitaciones físicas o mentales que pueden tener su hijo en un futuro.
- Sensación de desamparo. Algunos niños presentan enfermedades graves, otros son grandes prematuros de entre 24 y 30 semanas de gestación, con muy poco peso. Otros niños presentan malformaciones severas de las cuales nunca había oído hablar.
- Algunos padres tienen sentimientos de culpa. Se muestran ansiosos en un primer momento, preguntan mucho sobre el tiempo que puede durar esta situación de ingreso. Muchas veces presentan cuadros de inhibición intelectual por la angustia por la cual están pasando, esto se traduce en que de la impresión de que no entienden bien el diagnóstico que se les ha dado. El pediatra les informa sobre los aspectos médicos, de ingreso del

niño, esta información suele ser escueta, muchas veces se deriva, de los pocos datos de que se dispone; el personal de enfermería les explica las normas y horarios de visita de la unidad. En ese estado de aturdimiento y ansiedad en los que se encuentran en los primeros momentos tan difíciles, es cuando necesitan una ayuda lo más inmediata por parte del psicólogo hospitalario.

## **2.2. Horario limitado de visitas**

En general, los niños a los que nos estamos refiriendo, suelen estar ingresados por un periodo de tiempo prolongado, sobre todo los grandes prematuros. Los padres ven a los niños durante un tiempo, relativamente corto, en el cual reciben las explicaciones médicas sobre la evolución del estado de su hijo. Durante este tiempo los padres no reciben un apoyo psicológico especializado salvo en algunos casos, que los padres empiezan a acusar signos de “nerviosismo”. Algunas enfermeras, en el tiempo limitado del horario de visitas que los padres tienen, se acercan para tratar de dar apoyo emocional que no siempre se puede realizar, por la dinámica de la propia U.C.I.N, por los inconvenientes de los turnos rotatorios, por el cuidado y la asistencia del resto de los niños, etc.

La ayuda psicológica debería darse de forma sistemática y empezar a darla lo mas rápidamente posible.

Según el estudio realizado por la psicóloga del hospital Israelita Albert Einstein, María Alice Novaes, responsable de profesionales de psicología del citado hospital, la diferencia entre el soporte profesional de un psicólogo el apoyo emocional, que podemos dar nosotras como profesional de la enfermería es distinto. Ella sostiene la teoría de que el psicólogo ayuda a las personas a utilizar recursos de su propia estructura, mientras que nosotras, el resto del personal, solamente podemos reconfortar.

Así su trabajo y el nuestro se reforzaría mas, dándoles un clima de mayor seguridad. Ya que el trauma representado por la suma de la enfermedad y del ambiente hospitalario puede ser disminuido con un tratamiento psicológico.

Cada vez es mayor el numero de hospitales, que toman conciencia de la importancia de tener profesionales del área de la psicología para la atención de los pacientes en situaciones que involucran diagnósticos de enfermedades graves.

Estos estudios que se han llevado a la practica en el citado hospital durante los 5 últimos años, con la ayuda psicológica reseñada, han conseguido resultados muy favorables. Creemos que si este método se aplicase en nuestro servicio los padres se mostrarían más tranquilos y presentarían mayor adhesión al tratamiento que reciben sus hijos.

### **2.3. Participación de los padres en la toma de decisiones**

Algunos niños pueden parecer secuelas físicas y mentales muy graves. En estos casos los padres deberían poder tener alguna participación en la decisión del tratamiento a seguir por su hijo. Para que esto pudiera suceder así, se debería dar una información amplia, concreta y adecuada a la capacidad de comprensión de cada persona. Hay tratamientos que son agresivos y que sólo en ocasiones prolongan la vida del niño unos días o meses sobre los cuales los padres tendrían algo que decir. Esto hace necesario la puesta en marcha del comité de bioética, con el fin de asesorar a los padres sobre sus derechos y la situación real de sus hijos a fin de poder participar en la toma de decisiones.

En los casos en los que puede haber conflictos emocionales añadidos por posibles contradicciones, el apoyo psicológico se hace aun más necesario.

### **2.4. Participación de los padres en el cuidado del niño**

En los casos, que el estado del niño lo permita sería positivo para los padres participar en el aseo, alimentación y otros cuidados del bebé.

Para los padres con hijos con malformaciones, suele resultar positivo el contactar con familias que tengan experiencias similares, esto les puede reconfortar y ayudar a enfrentarse de manera adecuada con el problema.

## **3. EL NIÑO EN LA UNIDAD DE INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

La visión que tengo como enfermera, de la respuesta de los padres ante un ingreso en intensivos de pediatría es diferente a cuando este ingreso se produce en la neonatal.

El espectro de edad de un niño de intensivos de pediatría abarca del mes a los catorce años, los niños que ingresan en nuestra unidad, tienen un pasado y unas experiencias con sus padres, con su entorno familiar que cuando son hospitalizados y sobre todo en unidades tan específicas como las que estamos citando se ven truncadas, es reconocido el gran impacto emocional que la hospitalización y los procedimientos médicos y quirúrgicos, aunque sean programados, tienen sobre los niños y su familia.

He dividido el tema en una serie de puntos que me han parecido gráficos para poder explicarlos y que creo que darán una visión global del tema.

### **3.1. Alteraciones psicológicas de los niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)**

Factores que producen estas alteraciones psicológicas en los niños:

- Separación de los padres, a partir de los cinco meses el niño sentirá la separación de los padres y tendrá sentimiento de abandono.
- Miedo a lo desconocido, a las personas nuevas, al dolor, si el niño es mayor puede sentir miedo de morir.
- En estas unidades aunque se toman medidas para evitar en lo posible el dolor, éste siempre esté presente en procedimientos invasivos y manipulaciones, siendo muchas veces imposible evitar que los niños recelen ante las nuevas técnicas y procedimientos sintiendo rechazo a los médicos y personal de enfermería que son los que realizan estas técnicas.
- Los aparatos hacen ruidos constantes y atemorizantes.
- Alteración del sueño por luces encendidas, administración de medicamentos, cambios posturales, aspiración de secreciones, procedimientos a otros pacientes cercanos y el constante movimiento de médicos y enfermeras.

### **3.2. Cuatro fases por las que atraviesa un niño hospitalizado en UCIP**

- Protesta. Lloro porque quiere estar con sus padres.
- Desesperación. Sensación de que ya no va a volver a ver a sus padres.
- Llanto intermitente, abandono, apatía.
- Despego. Renuncia al apego de sus padres y se va adaptando, mostrando más interés por lo que le rodea o bien se encierra en su enfermedad.

### **3.3. Actitud de los padres**

Para los padres el ingreso de un hijo en la UCIP, es una experiencia única e imborrable, lo cual establece una disyunción de la conducta. El estrés ocasionado en los padres cuando el niño se encuentra grave es normal e inevitable, no pudiendo ser eliminado, siendo mayor en los ingresos de urgencia que en los programados, el miedo por lo que va a pasar, cual va a ser la evolución de ese ser querido envuelve a los padres y los vuelve irritables y depresivos.

El personal de UCIP necesita reconocer este efecto para lograr una mejor comunicación. Las principales preocupaciones que muestran los padres son:

- La posibilidad de muerte o secuelas físicas y/o mentales.
- Conocer el diagnóstico y las causas de la enfermedad.
- El dolor que puede experimentar su hijo.

### **3.4. Reacción psicológica de los padres**

Ante un mal pronóstico o una situación de máxima gravedad, la respuesta psicológica de los padres es equiparable a las etapas en las que se divide el duelo. Estas etapas no están siempre presentes, pero sí se da en mayor o menor grado alguna de ellas.

- Negación de la realidad. No aceptan la enfermedad de su hijo, ni muchas veces las explicaciones del médico. Son demandantes de atención llegando muchas veces a ser exigentes, no permiten ser alejados de sus hijos, no aceptando el horario de visita, ni las normas de la unidad.
- Culpan a terceros. El objeto de esta culpa puede ser el cónyuge, por no haber llegado a tiempo, por no haber visto la enfermedad, por no haberle dado la importancia debida, o el personal sanitario.
- Negociación. Tratan de negociar con Dios o con los amigos haciéndose una serie de promesas, harán o dejarán de hacer tal cosa si se produce la curación.
- Autoculpa (depresión). Los padres se asilan o dejan de ir a ver a su hijo.
- Aceptación. Los padres escuchan al médico, siguen sus instrucciones, aceptan la gravedad de su hijo. Es posible que incluso intentar ver como consolar a otros padres u otros pacientes.

Ante todas estas alteraciones psicológicas que muestran tanto nuestros pacientes como sus familiares, la diferente perspectiva con la que el personal sanitario ve el proceso de enfermar, puede generar falta de entendimiento por las partes, siendo muchas veces difícil evitar el conflicto.

No hay soluciones mágicas, aunque si normas que podemos seguir:

- Presentarnos como el grupo de enfermeras que en los turnos sucesivos se van a encargar del cuidado de su hijo y que incluso fuera de las horas de visita pueden proporcionarles información telefónica acerca de la evolución de su hijo ingresado.
- Mantener siempre bien informada a la familia del proceso diagnóstico, siempre dentro de nuestras posibilidades.
- Desarrollar nuestra labor con la máxima confidencialidad.
- Pedir los consentimientos pertinentes para algunas exploraciones
- Hacerles partícipes del cuidado de su hijo durante la estancia.

### **3.5. Aspectos positivos a destacar**

Los niños que ingresan en nuestra unidad como he mencionado con anterioridad abarcan un abanico de edad muy amplio desde el mes de vida hasta los catorce años, por lo cual la actitud del personal ante un niño de cierta edad, con capacidad de entender es explicarle lo que se le va hacer, comentándole lo dolorosas o molestas que son determinadas exploraciones, haciéndoles partícipes de su tratamiento en la medida que se pueda.

Otro aspecto a considerar y que muchas veces obviamos, es el respeto a ciertas costumbres o hábitos que los niños han ido adquiridos en casa (muñeco favorito, biberón especial, etc.).

Como aspecto positivo que puedo señalar, de la unidad donde trabajo es que siendo el personal muy reducido no existe una rotación como en el servicio de

neonatos, el personal que atiende a los pacientes sigue su evolución, permitiendo este factor quizás una mayor vinculación con los padres, pudiendo facilitarles un mayor soporte emocional, dentro de nuestras posibilidades y muchas veces del poco tiempo del que disponemos para tal fin.

Por último otro aspecto a destacar sería el que en UCIP, la estancia de los pacientes es reducida en tiempo, acelerándose el alta dentro de lo médicamente posible, pasando posteriormente a otras plantas de hospitalización donde el horario de visitas no es tan estricto, evitándose de esta manera la separación del niño de su familia y entorno.

### **3.6. Aspectos a mejorar**

Como aspecto común entre las dos unidades, se encuentra el vacío existente hacia el aspecto psicológico del paciente que ingresa en UCIP, así como hacia sus familiares. Sería deseable disponer de la presencia más activa de un comité de bioética que actúe en situaciones especiales.

También encuentro mejorable la comunicación entre médicos y enfermeras, ya no solo en el ámbito técnico, sino sobre otros aspectos muchas veces tomados poco en cuenta, como son las inquietudes, miedos preocupaciones que nos transmiten los padres de los niños críticos y de los cuales muchas veces nos hacen partícipes, simplemente por proximidad, o porque somos un colectivo que podemos brindar en ocasiones un apoyo psicológico, siempre entre comillas.

Otro aspecto a mejorar sería el diseño de la unidad. Ante un caso de máxima gravedad o de muerte inminente, ésta no está configurada como para que los familiares puedan permanecer al lado de su hijo manteniendo una intimidad aceptable.

## **4. CONCLUSIONES**

1. Hay que facilitar a los padres el contacto con sus hijos lo antes posible y de forma mantenida, sobre todo en la Unidades Neonatales, dejándoles participar en el proceso de la enfermedad de sus hijos, mejorando así el tiempo y la calidad de las visitas.
2. La información que se proporcione a los padres debe de ser lo más clara y extensa posible, siendo muy comprensivos con ellos.
3. En aquellas situaciones que conlleven una alta morbilidad, los padres deben de ser especialmente asesorados y debe facilitárseles la participación en la toma de decisiones.
4. Debe dejárseles participar en los cuidados de sus hijos sin interferir en la asistencia y proporcionarles el apoyo psicológico necesario.

5. Hacer estas unidades más cómodas y amplias, con salas de descanso para padres y cuartos de baño.
6. Disminuir, en lo posible, el trauma que supone a los padres el ingreso de su hijo en la UCIP-UCIN, facilitándoles en todo momento un contacto más íntimo con su hijo.
7. Establecer con ellos una relación de confianza para que se atrevan a preguntar más y confiar sus temores, dudas y problemas.

## **BIBLOGRAFIA**

1. ALONSO ORTIZ, MARISCAL RAMOS y cols. Opiniones de los padres sobre la estancia de sus hijos en las unidades de cuidados intensivos neonatales. *Acta pediátrica Española*. 2001; 59: 141-147.
2. CARNOT, Almeida Eliane. El Psicólogo en el hospital general. *Revista de psicología. Ciencia y profesión*. 2000. N° 3
3. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Los Niños y la muerte. Barcelona. Ediciones Luciérnaga 1996.
4. LEVIN, A. Humane Neonatal Care Initiative. *Acta paediatrica* 1999; 88: 353-355
5. NOVAES, María Alice. Cuidado del recién nacido. Departamento de psicología del Hospital Albert Einstein.