

Cuidados Centrados en el Desarrollo

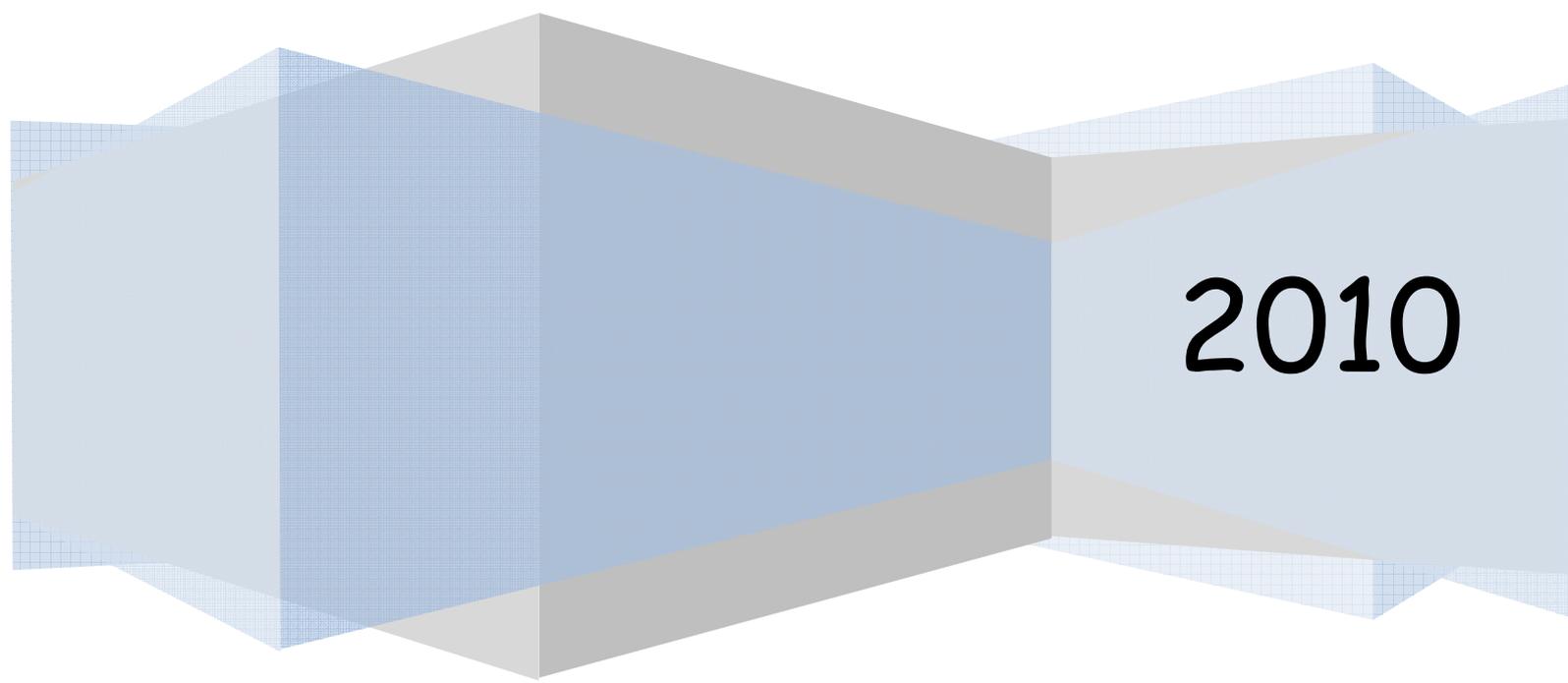
Unidades de Neonatología

¿Cuál es su situación en España?

2010

Carmen Rosa Pallás, Adolfo Valls, y Josep Perapoch

**Estudio encargado y financiado por el
Observatorio de Salud de las Mujeres
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Política Social**



2010

Tabla de contenido

Cuidados Neonatales centrados en el Desarrollo	4
¿Cuál es su situación en España?	4
Objetivos:	4
Situación Española sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo - 2010	5
Estructura del informe:.....	5
ESTUDIO 1: Situación actual de las Unidades de Neonatología en Cuidados Centrados en el Desarrollo	6
Introducción.....	6
Objetivo	6
Muestra	6
Datos de captación de hospitales	6
Herramienta de trabajo.....	7
Análisis de Datos.....	7
Discusión de la sección A sobre el ambiente en el área de cuidados intensivos: control de la luz y el ruido	13
Discusión sobre la sección B: Intervenciones específicas para los cuidados del desarrollo:.....	19
Discusión sobre la SECCION C: manejo del dolor	30
Discusión sobre la sección D: Políticas con los padres y otros familiares.....	39
Análisis cualitativo.....	49
Conclusiones del Estudio 1:	54
Estudio 2: Situación de los hospitales y percepción de los y las sanitarias en función de políticas de trabajo con las familias	58

Objetivo	58
Muestra	58
Escala	58
Análisis de datos	58
Resultados.....	59
Percepción de la Organización en función del esquema de trabajo con las familias:	63
Equipo de trabajo y valoración en función de la relación con las familias	66
Conclusiones del Estudio 2:.....	69
Estudio 3: Evaluación de la satisfacción de los profesionales en el proceso de de implantación del NIDCAP en dos unidades neonatales.....	71
INTRODUCCIÓN.....	71
OBJETIVO	73
MATERIAL Y MÉTODOS.....	73
Sujetos	73
Cuestionario.....	74
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	76
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 3	81
Conclusiones del trabajo sobre Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) y la Familia. 2010.....	83
Líneas de actuación.....	88

Cuidados Neonatales centrados en el Desarrollo

¿Cuál es su situación en España?

Objetivos:

Conocer las prácticas actuales en España en relación con los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Identificar las barreras que perciben los profesionales para que estos cuidados se implanten en las unidades neonatales españolas.

Analizar la percepción de los profesionales y familias sobre la necesidad de favorecer el desarrollo neurosensorial emocional del recién nacido así como las creencias sobre el proceso de vinculación de la madre y el padre con su hijo e hija.

Situación Española sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo - 2010

Estructura del informe:

Para el desarrollo de los objetivos se han realizado cuatro fases:

- 1.- **ESTUDIO 1.** Elaboración de un listado de hospitales de España actualizado, contacto con los mismos, relación actual de Unidades de neonatología con los contactos validados para el 2010 y pasación de un cuestionario validado en 60 de los 90 centros.
- 2.- **ETUDIO 2.** Pasación a neonatólogos/as, enfermeras y auxiliares de un cuestionario sobre organización y equipo en función del actual acceso a las familias a las unidades de neonatología.
- 3.- **ESTUDIO 3.** Elaboración y pasación de un cuestionario a profesionales donde existe un liderazgo proactivo y alto nivel de implicación sobre Continuidad de Cuidados centrados en el Desarrollo para evaluar resistencias al cambio.
- 4.- Conclusiones principales y líneas de actuación

ESTUDIO 1: Situación actual de las Unidades de Neonatología en Cuidados Centrados en el Desarrollo

Introducción

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia (CCD) pretenden mejorar el desarrollo del niño y la niña. En los últimos años los servicios de neonatología españoles están intentando introducir este tipo de cuidados.

Objetivo

El objetivo es conocer el grado de implantación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo en los hospitales de España.

Muestra

El perfil de hospitales actuales que trabajan en neonatología es de en torno a 90 hospitales, de los cuales, 60 han accedido a que se envíen los cuestionarios y se han recogido actualmente 27. Dentro del porcentaje que no colaboran este año 2010, hay hospitales contactados que no cuentan actualmente con neonatos, otros que no están interesados en los Cuidados Centrados en el desarrollo y otros centros que cuentan con problemas diversos en el momento de contactar con ellos y este año comentan que no están en condiciones de aportar datos, pero no descartan participar en otras ocasiones.

Datos de captación de hospitales

Para llevar a cabo el estudio se ha confeccionado una lista de 90 hospitales actuales en España. Se ha llamado a cada uno de ellos para validar su trabajo con neonatos actualmente y se ha pedido la colaboración en el proyecto.

En algunos casos, los hospitales contactados no contaban en la actualidad con neonatos, en otros casos no se ha podido establecer contacto, en otros casos han decidido no colaborar bien por exceso de trabajo en la actualidad, por problemas de equipo o por no estar interesados en el proyecto de Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Finalmente, se han enviado 60 cuestionarios a diferentes hospitales, donde están representadas todas las comunidades autónoma.

Herramienta de trabajo

El cuestionario utilizado es de cinco secciones con un total de 71 cuestiones divididas en cinco bloques:

Sección A	El ambiente en el área de cuidados intensivos: control de la luz y el ruido (Q1 a Q8)
Sección B	Intervenciones específicas para los cuidados del desarrollo (Q9 a Q19)
Sección C	Manejo del dolor (Q20 a Q 38)
Sección D	Política con los padres y con otros familiares (Q39 a Q 53)
Sección E	Características de la Unidad Q 54 a Q 71)
Análisis de dificultades	Abierto y cualitativo para cada una de las secciones: Condiciones ambientales, intervenciones específicas, manejo del dolor, política con los padres y madres y otros familiares, características de la unidad.

Análisis de Datos

El análisis de datos inicial es a través de frecuencias y porcentajes para poder describir de forma precisa cada una de las características que se miden en el estudio.

SECCIÓN A

El ambiente en el área de cuidados intensivos: control de la luz y el ruido

Q.1 ¿Cuáles de las siguientes medidas para el control de la luz están implementadas en su unidad de cuidados intensivos neonatales?

	No implementada	Parcialmente implementada	Implementada
a) La luz se cicla según el patrón día/noche	3 (11,5%)	10 (38,5%)	13 (50%)
b) Se intenta tener una iluminación moderada a lo largo de las 24 horas		9 (33%)	18 (66,7%)
c) Las ventanas tienen cortinas opacas o persianas	3 (11,1%)	4 (14,8)	20 (74,1%)
d) La iluminación está individualizada según las necesidades del niño proporcionando oscuridad con doseles o cobertores de incubadora.	2 (7,4%)	3 (11,1%)	22 (81,5%)
e) Las cunas/incubadoras de cuidados intensivos están equipadas con luz individual para procedimientos.	4 (14,8%)	5 (18,5%)	18 (66,7%)
f) Se utilizan linternas para revisar a los niños debajo de los cobertores de las incubadoras.	21 (77,8%)	5 (18,55)	1 (3,7%)
g) Las "gafitas" para cubrir los ojos de los niños se usan también cuando no están en fototerapia.	22 (81,5%)	5 (18,5%)	
h) Se dispone de focos móviles en la Unidad		8 (32%)	17 (68%)
i) Se dispone de un punto de iluminación en la zona de trabajo de las enfermeras	6 (24%)	5 (20%)	14 (56%)
j) Otra (por favor especificar: _____)			

En la categoría otras, un hospital ha marcado el cubrir los ojos de los recién nacidos pasando un trozo de banda elástica y está implementado como estrategia.

Las medidas menos implementadas son las relativas a utilizar linterna para revisar a los niños debajo de los cobertores de las incubadoras y el uso de gafitas para cubrir los ojos de los niños cuando no están en fototerapia.

Q.2 ¿Cuáles de los siguientes aparatos o accesorios se utilizan para controlar el nivel de ruido en el área de cuidados intensivos?

	No implementada	Parcialmente implementada	Implementada
a) Un sistema de monitorización centralizado que impide que las alarmas suenen en el área del paciente	25 (92,6%)	2 (7,4%)	
b) Las llamadas telefónicas están desviadas, por tanto los teléfonos no suenan en cuidados intensivos.	16 (59,3%)	5 (18,5%)	6 (22,2%)
c) Se toman medidas para evitar "los portazos"	6 (22,2%)	11 (40,7%)	10 (37%)
d) Las tapas de las papeleras están acolchadas para que no hagan ruido al cerrarse	8 (30,8%)	8 (30,8%)	10 (37%)
e) Se dispone de cubiertas del suelo (tales como alfombras, tableros absorbentes de sonido, losas acústicas)	13 (48,1%)	4 (14,8%)	10 (37%)
f) Se dispone de cubiertas absorbentes de sonido en el techo y/o paredes.	21 (80,8%)	3 (11,5%)	2 (7,7%)
g) Otra (por favor especificar: _____)			

En la categoría otros no se han apuntado mas iniciativas que sirvan para controlar el nivel de ruido en el área de cuidados intensivos de los hospitales que han cumplimentado el cuestionario.

Q.3 ¿Cuales de las siguientes medidas para el control del ruido están implementadas en su unidad de cuidados intensivos neonatales?

	No implementada	Parcialmente implementada	Implementada
a) Están establecidos ciertos periodos del día como "periodos tranquilos" en los que la actividad se mantiene en el mínimo.	4 (14,8%)	11 (40,7%)	12 (44,4%)
b) Las alarmas de los monitores están programadas con el mínimo nivel de sonido	10 (37%)	15 (55,6%)	2 (7,4%)
c) En el área de cuidados intensivos no se utilizan ni radios, ni reproductores de cintas, ni televisión	6 (22,2%)	7 (25,9%)	14 (51,9%)
d) Los pases de visita se realizan fuera de la zona de los pacientes	8 (29,6%)	8 (29,6%)	11 (40,7%)
e) Habitualmente el personal habla bajo cuando está cerca de los niños.	4 (14,8%)	22 (81,5%)	1 (3,7%)
f) El personal usa calzado con suelas suaves	5 (18,5%)	6 (22,2%)	16 (59,3%)
g) Los buscas del personal están programados para vibrar mas que para sonar	21 (77,8%)	5 (18,5%)	1 (3,7%)
h) Se usan tapones para los oídos para disminuir el ruido según las necesidades de cada niño	25 (92,6%)	2 (7,4%)	
i) Medios de comunicación internos como Buscas, teléfonos del personas.....	8 (33,3%)	8 (33,3%)	8 (33,3%)
j) Otra (por favor especificar:_____)			

Como se puede observar lo más implementado es que no se utilicen radios, televisión o reproductores de cine en el área de intensivos así como el tipo de calzado del personal.

En cuanto a los buscas o teléfonos del personal hay tres centros que no han contestado a la pregunta y el porcentaje está representando a los que han contestado a la pregunta.

Q.4 ¿A pesar de las medidas implementadas para controlar el ruido, cuales siguen siendo las principales fuentes de ruido en su unidad de cuidados intensivos neonatales?

	No contribute	Contribuyen mucho	Contribuyen mucho
a) Voces		14 (51,9%)	13 (48,1%)
b) Alarmas de los monitores		16 (59,3%)	11 (40,7%)
c) Music (radios o radiocassettes)	19 (70,4%)	8 (29,6%)	
d) Telefono	7 (25,9%)	17 (63%)	3 (11,1%)
e) Muebles	18 (66,7%)	9 (33,3%)	
f) Incubadoras	13 (48,1%)	14 (51,9%)	
g) Aparatos médicos como respiradores	4 (14,8%)	19 (70,4%)	4 (14,8%)
h) Frigorífico	25 (92,6%)	2 (7,4%)	
i) Aire acondicionado	20 (74,1%)	7 (25,9%)	
j) Ruido del tráfico exterior	27 (100%)		
k) Apertura de las bolsas de esterilización	15 (55,6%)	12 (44,4%)	
l) Otros por favor especificar: _____)			

La voz junto a las alarmas de los monitores son las dos cuestiones que se perciben como más importantes a lo ahora de fomentar ruido en las unidades. En cuanto al tráfico no se percibe como problema actualmente en ninguno de los centros que han colaborado en este estudio.

Q.5 ¿Se dispone de algún dispositivo para medir el nivel de ruido en la unidad de cuidados intensivos neonatales?

	No	Si
a) Algunas incubadoras disponen de un aparato para medir el ruido	100%	
b) La mayoría/todas las incubadoras disponen de un aparato para medir el ruido	100%	
c) El nivel de ruido se mide por medio de un dispositivo centralizado	20 (77%)	6 (23%)
d) Otra (por favor especificar:_____)		

No se ha mencionado ninguna otra cuestión.

En cuanto a la pregunta sobre la frecuencia con la cual se mide el ruido, siete centros dicen que continuamente (26% del total de centros) y en los 20 restantes no se mide de forma regular (74%).

Q.7 ¿Se dispone de protocolos escritos para el control de la luz y/o el ruido en el área de cuidados intensivos?

	No	Si
a) Respecto al nivel de luz de la Unidad	19 (70%)	8 (30%)
b) Respecto al nivel de ruido y los medios para controlarlo.	21 (78%)	6 (22%)

Como se puede apreciar apenas existen protocolos sobre el nivel de luz en la unidad y menos aun sobre el nivel de ruido y los medios para controlarlo.

Q 8. Descripción breve del protocolo sobre luz o ruido

No hay descripciones abundantes sobre protocolos de luz y ruido y las menciones que se dan son generales y globales, por ejemplo una neonatóloga dice que en su hospital se trabaja "*Según la edad gestacional se recomienda un tipo de cobertura u otro en la incubadora*".

En otro centro mencionan que "*Se dispone de la información difundida a partir de cursos de cuidados centrado en el desarrollo impartidos en la unidad. En el caso de la luz, todos los reguladores de luz disponen de unas marcas con el nivel de luz recomendado (nivel de descanso, de trabajo o excesivo)*"

Y finalmente en otro caso dicen que están "*Incluidos el control de luz y ruidos en el protocolo de mínima manipulación, se establecen ciclos noche / día para la luz y el ruido*".

Discusión de la sección A sobre el ambiente en el área de cuidados intensivos: control de la luz y el ruido

Un primer análisis al evaluar los datos sobre el control de ruido y luz indican que se trabaja con protocolos en un 30% de control de luz y en un 22% de control de ruido. Respecto al ruido las principales fuentes de ruido percibido son las voces de las personas y las alarmas de los monitores, y como señala una enfermera al hablar de resistencias el problema es que *"falta formación con respecto a la importancia del ruido en nuestra salud"*, otras enfermeras hablan de *"la importancia de controlar la entrada en la unidad de diversos profesionales de otros servicios o especialidades"*.

Es decir, poco a poco aparece en la conciencia de los profesionales la importancia de factores ambientales y su relación con el bienestar de los neonatos, si bien se habla de falta formación en las unidades de neonatología en estos temas. Además, la cultura general es de tolerancia alta al nivel excesivo de ruido y por tanto hay que hacer una labor persuasiva sobre la importancia de en estas medidas desde la formación amplia de diferentes sectores profesionales así como a las familias.

La evidencia científica es clara en la necesidad del control del ruido y la luz como medios de reposo y bienestar. La percepción de que las voces y las alarmas de los monitores contribuyen mucho en las unidades está clara falta ahora crear hábitos de ayuda al control como pueden ser los sonómetros con figuras de oreja que ayuden a modificar hábitos de forma continua y permanente en las unidades.

SECCIÓN B

Intervenciones específicas para los cuidados del desarrollo

Q.9 Cuando los niños están ventilados, habitualmente están en posición de ... (por favor escoja solo una respuesta):

Boca abajo (prono)	0	
Boca arriba (supino)	3	11,1%
De lado	1	3,7%
No hay posición habitual	1	3,7%
La posición se cambia a lo largo del día	21	77.8%
Otras	1	3,7%

Q.10 ¿Se usan alguno de los siguientes utensilios para mantener la posición del niño? (esté ventilado o no)

	No	A veces	A menudo
a) Colchones de agua o gel	7 (26%)	6 (22%)	14 (52%)
b) Barreras con telas alrededor del niño	3(11%)	2 (7,5%)	22 (81,5%)
c) Nidos o rollos alrededor del niño		1 (3,7%)	26 (96,3%)
d) Bolsas rellenas de arena	20 (74%)	5 (18,5%)	2 (7,5%)
e) Almohadillas de gel o agua	11 (40,7%)	7 (26%)	9 (33,3%)
f) Otros cojines o almohadillas	6 (22%)	11 (41%)	10 (37%)
g) Hamacas	16 (62%)	8 (31%)	2 (7%)
h) Muletones	12 (52%)	4 (17%)	7 (30%)
i) Otras (por favor especificar : _____)			

Cuatro personas no han respondido a la variable sobre muletones por que no conocen que significa este término, no lo conocen y por tanto han mencionado su dificultad para hablar de este utensilio.

Q.11 Cuando la situación clínica lo permite, ¿los bebés habitualmente usan ropas en el área de cuidados intensivos (tanto en incubadoras como en cunas abiertas)? (por favor elija solo una respuesta)

Habitualmente usan sus propias ropas	1	3,7%
Habitualmente están vestidos	5	18,5%
Habitualmente llevan pañales, gorro y/o botas	11	40,7%
Habitualmente solo llevan pañales	10	37%

Como se puede apreciar en general hay una mayor tendencia al uso de pañales con gorro y/o botas (41%) seguido de solo pañales (37%). Solamente en un hospital usan sus ropas los bebes y están vestidos en solo un 18,5% de los hospitales.

Q.12 ¿A los niños en cuidados intensivos se les ofrece chupete como maniobra de confort?

	No	A veces	A menudo
a) Durante la alimentación por sonda	1 (4%)	7 (26%)	19 (70%)
b) Durante procedimientos difíciles o dolorosos	2 (7,4%)	5 (18,5%)	20 (74,1%)
c) En cualquier momento en el que se percibe que el niño lo desea	1 (3,7%)	4 (14,8%)	22 (81,5%)
d) Otras (por favor especificar: _____)			

En la categoría otros no han especificado ningún otro episodio donde se le ofrezca el chupete como maniobra de confort en cuidados intensivos.

Q.13 Cuando la condición clínica lo permite ¿Se les ofrece a los niños de cuidados intensivos la oportunidad de que agarren algún objeto?

	No	A veces	A menudo
a) Pequeños objetos/ juguetes	15 (55,6%)	6 (22,2%)	6 (22,2%)
b) Alguna tela / tejido con el olor de la madre	16 (59,3%)	9 (33,3%)	2 (7,4%)
c) Rollos para las manos	12 (44,4%)	11 (40,7%)	4 (14,8%)
d) Otras (por favor especificar:_____)			

No se han especificado otras ofertas que se les realice a los niños en cuidados intensivos como oportunidad de que agarren otros objetos.

En cualquier caso como se puede apreciar es más bien escasos los niños y niñas con oportunidad de agarrar algún objeto a menudo y en algunos más casos aparece la opción de a veces poder ejercer esta opción.

Q.14 ¿Se utiliza, según la situación clínica, algún tipo de sonido para calmar y/o promover el bienestar de los niños en el área de cuidados intensivos? Por favor especificar cuál y valorarlo

En general, al contestar por otras medidas las que surgen son relacionadas con "*música, voz de la madre o de las enfermeras*" como respuestas más frecuentes. También mencionan en otros casos "*Móviles o juguetes con melodías*", "*Cantar nanas a menudo y carrusel musical a menudo*", "*Cantar nanas a menudo y carrusel musical a menudo*".

Una persona ha mencionado específicamente y muy ocasionalmente, en niños a término "*el no usar sonido para calmar y/o promover el bienestar de los niños en el área de cuidados intensivos*".

Finalmente y en otro hospital hablan de "*musicoterapia en niños estables*".

Q.15 ¿Se utiliza el masaje en los niños de cuidados intensivos?

	No	A veces	A menudo
a) Por los padres	14 (52%)	11 (40,7%)	2 (7,5%)
b) Por las enfermeras	5 (18,5%)	12 (44,4%)	10 (37%)
c) Por especialistas entrenados en masaje	23 (85,2%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)
d) Por otros (por favor especificar: _____)			

No se ha especificado ningún otro parámetro de trabajo en este ámbito del masaje

Q.16 ¿Se utiliza el masaje con aceite?

Utilizan aceite en nueve hospitales (33.3%) y cuando menciona cual dicen que el de almendras o el de corpitol y en un caso han mencionado la crema hidratante.

En 17 hospitales no usan aceite lo que supone un 63% y un hospital no ha respondido a esta cuestión (3,7%).

Q.17 ¿Se aplica en la Unidad alguno de los siguientes métodos de valoración formal?

	No	Solo en algunos niños	En todos los niños ingresados en cuidados intensivos
a) Valoración neurológica según Dubowitz	6	20	1
b) Observación de los movimientos espontáneos según Prechtl	23	4	
c) Escala de valoración del comportamiento neonatal (NBAS) según Brazelton	24	3	
d) Valoración del comportamiento del niño prematuro (APIB) según Als	24	3	
e) Valoración del niño prematuro (NAPI) según Amiel-Tison	23	2	2
f) Cuidados para el desarrollo neonatales individualizados y programa de valoración (NIDCAP)	17	8	2
g) Otra (por favor especificar): _____			

En general la escala que más parece usarse es la Dubowitz y solo en algunos niños. No hay práctica de usar en general una escala a todos salvo el NIDCAP en dos hospitales que se pasa a todos los neonatos de cuidados intensivos.

Q.18 A parte de lo ya mencionado ¿Se aplican en la unidad otras medidas o programas para promover activamente el desarrollo de los niños? Por favor, descríbalos:

En algunos hospitales hablan del método canguro como estrategia, así como la participación de los padres en la alimentación. Ocasionalmente gemelos juntos en incubadora/cuna (cuando están en cuidados intermedios) Pasear por el parque vecino en niños crónicos de cuna.

En algún hospital mencionan la " *estimulación precoz en pacientes crónicos (rehabilitación, fisioterapia) por ejemplo*".

Unidad temprana /Rehabilitación que valores a los niños prematuros con problemas de desarrollo neurológico durante su estancia en la unidad y al alta médica con un seguimiento en consultas externas.

Escala PIPP del dolor en todos los niños

Q.19 La información sobre los cuidados del desarrollo de los niños se planifica o programa en:

	No	Solo en algunos niños	En todos los niños ingresados en Cuidados Intensivos
a) Las historias clínicas	8 (29,6%)	12 (44,4%)	7 (25,9%)
b) Las notas de enfermería	3 (11,1%)	15 (55,6%)	9 (33,3%)
c) Se discute en los pases de visita	5 (18,5%)	14 (22,2%)	8 (29,6%)
d) Se transmite a otras unidades si el niño se traslada	13 (48,1%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)
e) Otras (por favor especificar: _____)			

La información trabajada sobre la continuidad de cuidados centrados en el desarrollo se transmite en algunos centros incluso a otras unidades si el niño es trasladado con lo que se puede extender la cultura de cuidados mas allá de las unidades de cuidados intensivos. Si bien hay poca cultura aun de trabajo en este sentido.

Discusión sobre la sección B: Intervenciones específicas para los cuidados del desarrollo:

En primer lugar destacar que cuando los niños están ventilados, habitualmente la posición cambia a lo largo del día en el 78% de los casos, es decir en 22 hospitales de los 27 que han colaborado en el estudio actualmente.

Cada vez se usan más utensilios que ayuden a mantener la posición de los neonatos como por ejemplo las más usadas en los centros que son las barreras con telas alrededor del niño o los nidos o rollos. En general, los neonatos están vestidos con pañales y en todo caso botas y/o gorros. Solamente en un centro están los bebés personalizados con sus propias ropas.

El chupete es lo que más se ofrece a los niños como maniobra de confort sobre todo en procedimientos dolorosos o difíciles.

De forma personalizada y cuando la condición clínica lo permite a veces se suele ofrecer a los niños algún rollo para las manos o alguna tela / tejido con el olor de la madre, pero no es muy frecuente aun este tipo de procedimientos.

La escala que más frecuentemente se utiliza como método de valoración es la de Duvowitz y solo en algunos niños, si bien los centros que tiene el NIDCAP instaurado trabajan con todos los niños ingresados en cuidados intensivos.

SECCION C Manejo del dolor

Q.20 Dejando a un lado las urgencias, ¿Cómo se distribuyen en el tiempo los cuidados rutinarios de enfermería en el área de cuidados intensivos?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Los cuidados rutinarios de enfermería se distribuyen a lo largo de la jornada	11 (40,7%)	7 (25,9%)	3 (11,1%)	6 (22,2%)
b) Los cuidados rutinarios de enfermería se agrupan en varios momentos a lo largo de la jornada	1 (3,7%)	4 (14,8%)	5 (18,5%)	17 (63%)
c) Los cuidados rutinarios de enfermería se realizan cuando el niño está despierto	1 (3,7%)	11 (40,7%)	12 (44,4%)	3 (11,1%)
d) El tiempo y/o el personal determinan la forma en la que se realizan los cuidados rutinarios de enfermería	5 (18,5%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	8 (29,6%)
e) Otras (por favor especificar: _____)				

En general, tienden a agruparse los cuidados de enfermería en varios momentos a lo largo del día lo que disminuye la cantidad de veces que se manipula al niño, lo cual es una buena medida. Si bien 5 hospitales han mostrado datos contradictorios ya que si bien dicen que agrupan los cuidados también dicen que los distribuyen a lo largo del día.

Por otro lado, no se han mencionado otras formas de trabajo sobre la planificación de los cuidados del neonato a lo largo del día.

Q.21 ¿En el área de cuidados intensivos, se utiliza algún cuidado de confort (ejemplo: chupete, sacarosa o glucosa oral, envolver al niño, cuidado de la postura...) para la realización de los siguientes procedimientos?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Intubación endotraqueal no urgente	11 (40,7%)	5 (18,5%)	6	5 (18,5%)
b) Colocación de un drenaje torácico	7 (25,9%)	7 (25,9%)	3 (11,1%)	10 (37%)
c) Aspiración endotraqueal	8 (29,6%)	8 (29,6%)	5 (18,5%)	6 (22,2%)
d) Colocación de un catéter umbilical	12 (44,4%)	6 (22,2%)	5 (18,5%)	4 (14,8%)
f) Colocación de una vía periférica	1 (3,7%)	5 (18,5%)	12 (44,4%)	9 (33,3%)
g) Inyección intramuscular	8 (29,6%)	5 (18,5%)	7 (25,9%)	7 (25,9%)
h) Punción lumbar	5 (18,5%)	3 (11,1%)	8 (29,6%)	11 (40,7%)
i) Otra (por favor, especificar: _____)				

Una neonatóloga comenta que e la intubación endotraqueal no urgente se administra medicación para manejar la situación.

Q.22 ¿Qué medidas de confort se utilizan en el área de cuidados intensivos antes/durante la realización de procedimientos dolorosos?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Chupete	2 (7,4%)	2 (7,4%)	11 (40,7%)	12 (44,4%)
b) Sacarosa oral	4 (14,8%)	2 (7,4%)	6 (22,2%)	15 (55,6%)
c) Glucosa oral	14 (51,9%)	10 (37%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
d) Leche de madre extraída	15 (55,6%)	8 (29,6%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)
e) Envolver al niño como medida de contención	4 (14,8%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	9 (33,3%)
f) Cuidado de la posición	2 (7,4%)	5 (18,5%)	8 (29,6%)	12 (44,4%)
g) Hablar al niño	3 (11,1%)	5 (18,5%)	9 (33,3%)	10 (37%)
h) La enfermera acaricia y/o sostiene al niño	-	3 (11,1%)	11 (40,7%)	13 (48,1%)
i) Los padres acarician y/o sostienen al niño	18 (66,7%)	6 (22,2%)	3 (11,1%)	
j) Método canguro	16 (59,3%)	7 (25,9%)	1 (3,7%)	3 (11,1%)
k) Dar pecho	18 (66,7%)	7 (25,9%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)
l) Otra (por favor especificar: _____)				

No aparecen otras medidas de confort que las señaladas a lo largo del cuestionario en los diferentes hospitales que colaboran en este estudio.

Q.23 Cuando se realizan procedimientos dolorosos ¿Se dispone de alguien que se dedique exclusivamente a asistir y confortar al niño?

4 (14,8%) Raramente o nunca
 11 (40,7%) A veces
 6 (22,2%) A menudo
 6 (22,2%) La mayoría de las veces

Como se puede observar por los datos recogidos en este estudio, en el 44,4% de los hospitales se habla de que si se dispone de personas que se dediquen a asistir al niño/a y confortarlo/a exclusivamente, pero en el resto no es una práctica habitual esta forma de trabajar y entender el cuidado a los neonatos.

Q.24 ¿En el área de cuidados intensivos, se utiliza la analgesia general o anestesia para la realización de los siguientes procedimientos?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Intubación endotraqueal no urgente	2 (7,4%)	6 (22,2%)	3 (11,1%)	16 (59,3%)
b) Colocación de un drenaje torácico	-	1 (3,7%)	5 (18,5%)	21 (77,8%)
c) Aspiración endotraqueal	20 (74,1%)	4 (14,8%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)
d) Colocación de un catéter umbilical	22 (81,5%)	3 (11,1%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)
e) Colocación de una vía periférica	22 (81,5%)	4 (14,8%)	-	-
f) Venotomía o arteriotomía	12 (50%)	-	2 (8,3%)	10 (41,7%)
g) Punción lumbar	9 (33,3%)	9 (33,3%)	3 (11,1%)	6 (22,2%)
h) Otra (por favor especificar: _____)				

Como se puede observar por las puntuaciones en la colocación del drenaje torácico es donde más analgesia se utiliza en todos los hospitales, en el 78% de los mismos. Sin embargo en otras técnicas como la aspiración endotraqueal, la colocación de un catéter umbilical o la colocación de una vía periférica del 74% al 81% no hay analgesia para estos procedimientos.

Q.25 ¿En el área de cuidados intensivos, se utiliza la analgesia o sedación de forma continua para las siguientes condiciones?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Ventilación Mecánica	3 (11,1%)	12 (44,4%)	7 (25,9%)	5 (18,5%)
b) Enterocolitis necrotizante en estadio agudo	-	7 (25,9%)	5 (18,5%)	15 (55,6%)
c) Hemorragia intracraneal con dilatación de los ventrículos	9 (33,3%)	9 (33,3%)	6 (22,2%)	3 (11,1%)
d) Presencia de drenaje torácico	1 (3,7%)	9 (33,3%)	9 (33,3%)	8 (29,6%)
e) Otra (por favor especificar _____)				

Q.26 Por favor especifique el tipo de agente farmacológico utilizado y la dosis según la vía de administración.

	Tipo de droga	Dosificación según vía de administración		
		Enteral	Intravenosa	i.m./s.c.
a) Ventilación Mecánica	_____	_____	_____	_____
b) Enterocolitis necrotizante en estadio agudo	_____	_____	_____	_____
c) Hemorragia intracraneal con dilatación de ventrículos	_____	_____	_____	_____
d) Presencia de drenaje torácico	_____	_____	_____	_____

En general, señalan Fentanilo, en varios hospitales lo usan en los cuatro casos y en otros casos se menciona el midazolam sobre todo para el enterocolitis necrotizante en estadio agudo.

En general, no se señalan dosis ni más información tipo enteral o intravenosa.

Q.27 En el área de cuidados intensivos ¿Se utiliza la analgesia/anestesia para la realización de los siguientes procedimientos?

	1. Raramente o nunca	2. A veces	3. A menudo	4. La mayoría de las veces
a) Venopunción para toma de muestra de sangre	23 (85.2%)	3 (11.1%)	1 (3.7%)	
b) Venopunción para vía periférica	19 (70.4%)	7 (25.9%)	1 (3.7%)	
c) Colocación de drenaje torácico	2 (7.4%)	1 (3.7%)	6 (22.2%)	18 (66.7%)
d) Inserción de vía venosa central percutánea	14 (51.9%)	7 (25.9%)	4 (14.8%)	2 (7.4%)
e) Inyección intramuscular o subcutánea	25 (92.6%)	2 (7.4%)		
f) Punción lumbar	4 (16%)	4 (16%)	10 (40%)	7 (28%)

Hay dos hospitales que no han respondido a la actuación que mantienen en la punción lumbar. Y parece claro que cuando se usa la analgesia es cuando se practica la colocación de drenaje torácico, si bien es la mayoría de las veces en el 67% de los hospitales.

Q.28 Si usted usa analgesia/anestesia local, por favor especifique la medicación utilizada y la vía de administración:

En general, hablan los hospitales de este estudio del uso de EMLA si bien las menciones son sin dosis y vía de administración. Algunas personas lo cuenta como "Colocación drenaje: Fentanilo: 1 mg/kg/dosis y Punción lumbar: EMLA y sacarosa", otra persona dice "scandicain subcutáneo" Y en algún caso mencionan "Propofol y fentanyl intravenoso en ocasiones y midazolam" o "Lidocaina: drenaje torácico y EMLA punción lumbar".

Hay bastantes hospitales que no han respondido a esta cuestión.

Q.29 Cuando una vía abierta (por ejemplo un catéter umbilical) no está disponible cual de los siguientes métodos se utiliza para obtener muestras de sangre venosa?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Con lanceta manual	13 (52,2%)	7 (25.9%)	3 (11.1%)	1 (4.2%)
b) Con lanceta mecánica	8 (29.6%)	5 (18.5%)	5 (18.5%)	6 (22.2%)
c) Venopunción	1 (3.7%)	6 (22.2%)	5 (18.5%)	14 (53.8%)

En esta cuestión hay varias personas que no han cumplimentado las casillas. Tanto en la lanceta manual o la lanceta mecánica hay tres personas que no han respondido (el porcentaje de las casillas siempre es sobre las respuestas conseguidas. Y con respecto a la venopunción hay una persona que no ha cumplimentado el ítem.

Finalmente la tendencia es a usar la venopunción como estrategia más generalizada.

Q.30 ¿Se usa alguna medida para reducir el dolor en caso de tomar muestras de sangre venosa?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Chupete		4 (14.8%)	8 (29.6%)	15 (55.6%)
b) Glucosa	16 (64%)	4 (16%)	3 (12%)	2 (8%)
c) Sacarosa oral	5 (18.5%)	2 (7.4%)	6 (22.2%)	14 (51.9%)
d) Envolver	4 (14.8%)	6 (22.2%)	7 (25.9%)	10 (37%)
e) Cuidar la postura	2 (7.4%)	6 (22.2%)	7 (25.9%)	12 (44.4%)
f) Calentar el talón	1 (3.8%)	3 (11.5%)	5 (19.2%)	17 (63%)
g) Crema de EMLA	14 (51.9%)	6 (22.2%)	4 (14.8%)	3 (11.1%)
h) KMC	18 (75%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)
i) Dar el pecho	20 (74.1%)	6 (22.2%)		1 (3.7%)
j) Otros (por favor especificar: _____)				

Las prácticas más habituales en la mayoría de los casos es calentar el talón y el uso del chupete, así como la sacarosa oral. Dentro de las medidas menos usadas está dar el pecho, el uso de KMC (que algunas personas no lo han apuntado pero han comentado que nos aben a que se refiere esta estrategia) y finalmente la crema EMLA.

Q.31 ¿Se utiliza alguna medida para prevenir el daño de la piel en los niños muy prematuros?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Esparadrapos no adhesivos	4 ((15.4%)	2 (7.7%)	8 (30.8%)	12 (46.2%)
b) Barreras protectoras de la piel bajo los esparadrapos /adhesivos (por favor especificar el tipo:_____)	9 (34.6%)	3 (11.5%)	5 (18.5%)	9 (34.6%)
c) Muletones	13 (56.5%)	1 (4,3%)	2 (8.7%)	7 (30.4%)
d) Colchón de agua o de gel	9 (33.3%)	3 (11.1%)	6 (22.2%)	9 (33.3%)
e) Almohadas de agua o de gel	10 (37%)	6 (22.2%)	4 (14.8%)	7 (25.9%)
f) Compresas suaves entre las piernas y bajo los brazos	10 (37%)	6 (22.2%)	7 (25.9%)	4 (14.8%)
g) Otras (por favor especificar: _____)				

Los muletones varias personas han apuntado que no saben lo que son estos medios y de ahí que al menos 4 personas no hayan puntuado esta medida.

Q.32 ¿Se utiliza una escala para el dolor de los recién nacido?

	Raramente o nunca	A veces	A menudo	La mayoría de las veces
a) Para el dolor agudo	17 (63%)	7 (25.9%)	1 (3.7%)	1 (3.7%)
b) Para el dolor crónico y prolongado	19 (70.4%)	5 (18.5%)	1 (3.7%)	2 (7.4%)
c) Para el dolor postquirurgico	16 (64%)	5 (20%)	1 (4%)	3 (12%)

En general como se puede apreciar no se usan escalas para medir el dolor, de hecho en el dolor postquirúrgico hay 3 hospitales que no han contestado a la cuestión planteada.

Q.33 Por favor especifique el tipo o tipos de escalas utilizadas en orden de frecuencia:

Se habla de la escala PIPP (perfil dolor en niños prematuros). Si bien como antes se ha podido detectar la mayoría de las personas no menciona escalas.

Q.34 Qué personal es el que pasa las escalas de dolor en su unidad?

No Raramente o A veces A menudo La mayoría de las

	contestan	nunca	veces		
a) Médicos	15 (55.5%)	6 (22,2%)	6 (22.2%)		
b) Enfermeras	15 (55.5%)	4 (14.8%)	2 (7.4%)	3 (11.1%)	3 (11.1%)
c) Otros					

Como se puede apreciar no es práctica habitual usar escalas de dolor y en el caso de usar solo es la mayoría de las veces en 3 hospitales y se afronta por parte de las enfermeras esta tarea.

Q.35 ¿Cuál de los siguientes problemas contribuyen a que el manejo del dolor en su unidad sea difícil?

	No contribuye	Contribuye	Contribuye mucho
a) Insuficiente reconocimiento del comportamiento del recién nacido ante el dolor	8 (29.6%)	13 (48.1%)	6 (22.2%)
b) Falta de entrenamiento/formación específico del personal	4 (14.8%)	18 (66.7%)	5 (18.5%)
c) El control del dolor no está incluido entre las prioridades de la unidad	9 (34.6%)	14 (53.8%)	3 (11.1%)
d) Cambios frecuentes de personal	12 (46.2%)	8 (30.8%)	6 (23.1%)
e) Sobrecarga de trabajo en la unidad/ falta de tiempo	10 (37%)	10 (37%)	7 (25.9%)
f) Falta de personal de enfermería	9 (33.3%)	11 (40.7%)	7 (25.9%)
g) Falta de protocolos que cuenten con la aprobación del personal	6 (22.2%)	14 (51.9%)	7 (25.9%)
h) Preocupación por los efectos indeseados de los agentes farmacológicos	13 (48.1%)	14 (51.9%)	
i) Otra: por favor especificar			

Los motivos más importantes para que el manejo del dolor sea difícil en la unidad son principalmente la sobrecarga de trabajo en la unidad y la falta de tiempo, así como la falta de personas de enfermería y la falta de protocolos que cuenten con la aprobación del personal. Sin embargo, también es importante destacar la falta de entrenamiento o formación específico del personal cuyo porcentaje señalado es de 67% de contribución a este problema.

Q.36 ¿Se dispone en la unidad de una persona de referencia para el manejo del dolor en el recién nacido?

En cuanto a la pregunta sobre si existe una persona de referencia para el manejo del dolor, no existe en un 77,8% de los centros que ha respondido (N=21) y existe esta figura de referencia en 6 hospitales, lo que supone un 22,2% del total de los 27 centros trabajados.

Cuando existe la figura de referencia suele ser enfermera y médico lo que señalan en general.

Q.37 ¿Se dispone en la unidad de un protocolo escrito para el manejo del dolor de los recién nacidos?

Respecto a si hay protocolos del dolor no hay en un 59,3% de centros encuestados y existe protocolo del dolor en 10 de los centros, lo que supone un 37% de los casos. Un hospital no ha respondido a esta cuestión.

Escala PIPP y escala sedoanalgesia según procedimiento, son las cuestiones mas apuntadas en este apartado

Q. 38 Protocolo o explicación breve

Dos hospitales han adjuntado el protocolo de trabajo uno de ellos muy documentado. Otros hospitales han narrado de forma general, por ejemplo "*Protocolo en el que se recomienda fármacos analgésicos según el grado de dolor. Se explican las indicaciones y contraindicaciones*".

Discusión sobre la SECCION C: manejo del dolor

La tendencia en los centros es a agrupar los cuidados rutinarios de enfermería en el área de cuidados intensivos a lo largo de la jornada, si bien en cinco centros hay contradicciones ya que también señalan que los cuidados se distribuyen a lo largo del día y en algunos casos se habla de que es en función del personal como se planifican los cuidados. Es decir, depende de que sanitario esté se realizan o no los cuidados planteados.

Respecto al manejo del dolor se utiliza la mayoría de las veces algún cuidado de confort sobre todo en tres prácticas como son la colocación de un drenaje torácico, la punción lumbar y en la colocación de vía periférica.

En el ámbito del dolor es donde hay comentarios más importantes sobre la necesidad de trabajar de forma más intensa ya que se habla de falta de formación e incluso falta de sensibilidad para observar bien indicadores de dolor en los neonatos.

El chupete, la sacarosa oral y el cuidado de la posición junto a que la enfermera acaricie y / o sostiene al niños son las medidas de confort más usadas.

En la mayoría de los centros no hay alguien que se dedique exclusivamente a asistir y confortar al bebe y rara vez se pasan escalas de dolor. Y en esta línea cuando se pregunta por si existe en el centro una persona de referencia para el manejo del dolor del recién nacido solo lo hay en 6 hospitales.

Se utiliza analgesia sobre todo en la colocación del drenaje torácico y en menor medida en la punción lumbar. Y en cuanto a la analgesia o sedación de forma continua es el la enterocolitis necrotizante en estadio agudo donde se usa en mayor medida.

SECCIÓN D

Política con los padres y con otros familiares

Q.39 ¿Se permite a los padres visitar a los niños en el área de los cuidados intensivos en cualquier momento durante las 24 horas del día?

Hay limitaciones de tiempo en 9 de los hospitales (33.3%) de los que han contestado, en un hospital no pueden entrar y en el resto pueden entrar en cualquier momento del día durante las 24 horas del día ambos padres. Esto supone 17 centros, el 63%.

No hay hospitales que solo dejen entrar a la madre.

Q.40 Por favor, escriba cuanto tiempo en total (en número de horas) pueden estar los padres con su hijo.

En esta cuestión hay que tener en cuenta a los hospitales que dejan entrar de forma controlada a la familia y no tiene abierto las 24 horas. En esa situación la variabilidad de respuesta es alta. El mínimo se sitúa en 1 hora y el máximo en 12 horas. El 50% de los que han contestado hablan de menos de 4 horas durante el día de 8 a 12 horas de margen horario. .

En cuanto a la noche en 11 hospitales no tiene posibilidad de entrar los padres a las noches.

Q.41 Cuando la madre o ambos padres visitan al niño ¿Cuánto tiempo pueden estar con el niño?

Tanto como ellos quieran	16 (59.3%)
Hasta 1 hora por visita	4 (14.8%)
Hasta 3 horas por visita	1 (3,7%)
Hasta 6 horas por visita	-----
Otra	5 (18,5%)
No contesta	1 (3.7%)

Como se puede observar hay variabilidad en la forma de relación con los papas y las mamás, si bien predominan los centros donde se puede entrar a demanda de las familias, en un 59% de los casos.

Hay centros sin embargo con horarios muy restringidos, donde pueden estar los padres en torno a media hora o una hora de estancia.

Q.42 Además del tiempo ¿Existe alguna otra restricción para las visitas de los padres en el área de cuidados intensivos?

	No Existe	Existe
a) Solo se permite que uno de los padres este en el área de cuidados intensivos	25 (93%)	2 (7%)
b) Los padres pueden visitar, pero solamente cuando el niño está estable	23 (85.2%)	4 (14.8%)
c) Solo se permite una persona por niño en el área de cuidados intensivos	25 (92.6%)	2 (7.4%)
d) Las visitas no se permiten durante la visita de los médicos	17 (63%)	9 (33.3%)
e) Las visitas no se permiten mientras el niño está en ventilación mecánica	26 (96.3%)	1 (3.7%)
f) Otro tipo de restricción (por favor especificar: _____)		

En otro tipo de restricciones se habla en algún hospital de ingreso o actuaciones urgentes o quirúrgicas en el niño próximo a su hijo. Este hospital dispone de libre acceso las 24 horas a los padres.

La restricción más frecuente como se puede observar es cuando está de visita el médico que no se permite el acceso en un 33% de los hospitales.

Q.43 ¿Se permite que los padres estén en los siguientes procedimientos no urgentes?

	No	Depende de los padres/personal	Si, se les permite estar	Si, se les anima a estar
a) Toma de muestra de sangre	12 (44.4%)	10 (37%)	4 (14.8%)	1 (3.7%)
b) Aspiración endotraqueal	59 (33.3%)	11 (40.7%)	6 (22.2%)	1 (3.7%)
c) Intubación endotraqueal	17 (63%)	9 (33,3%)	1 (3.7%)	-
d) Punción lumbar	19 (70.4%)	7 (25.9%)	1 (3.7%)	-

En general, no se anima a las familias para estar en estos procedimientos y se permite en muy pocos casos, solo en un centro en toma de sangre o en aspiración endotraqueal. Tanto en intubación endotraqueal como en punción lumbar no se anima en ningún caso.

Q.44 ¿Se permite a los padres pasar la noche en cuidados intensivos? (en habitaciones para padres, o simplemente al lado de la cuna del niño)

	No	Si, solo la madre	Si, ambos padres
a) Cuando el niño está muy grave	13 (48.1%)		14 (51.9%)
b) Cuando el niño está con lactancia materna	11 (40.7%)	2 (7.4%)	14 (51.9%)
c) Cuando el domicilio de los padres está muy lejos	12 (44.4%)	1 (3.7%)	14 (51.9%)
d) Cuando ellos desean quedarse	11 (40.7%)	1 (3.7%)	15 (55.6%)
e) Otra (por favor especificar: _____)			

En general hay entre un 40 y 50% que no permite a los padres pasar la noche en cuidados intensivos en los casos presentados en la tabla y más o menos el otro 50% deja pasar a ambos padres.

Q.45 ¿De qué recursos para padres se dispone en la Unidad?

	No	Si
a) Sillas al lado de las cunas de los niños	2 (7.7%)	24 (92.3%)
b) Sillones reclinables al lado de las cunas de los niños	10 (38.5%)	16 (61.5%)
c) Camas dentro de la Unidad para que los padres puedan pasar la noche	26 (96.3%)	1 (3.7%)
d) Camas fuera de la Unidad para que los padres puedan pasar la noche	20 (76.9%)	6 (22.2%)
e) Una habitación para que los padres descansen y hablen	15 (55.6%)	12 (44.4%)
f) Una habitación, equipada con sacaleches, específicamente dedicada a las madres que están lactando	8 (32%)	17 (68%)
g) Un baño con ducha para los padres	18 (66.7%)	9 (33.3%)
h) Aparatos para que los padres puedan calentar la comida o prepararse bebidas	19 (70.4%)	8 (29.6%)
i) Otros (por favor, especificar: _____)		

Un hospital no ha contestado a casi ninguno de estos recursos. Como se puede apreciar el recurso más extendido es la silla (92%) de los casos. Y el más escaso es el de dotar de una cama dentro de la unidad para que los padres pasen la noche.

Q.46 ¿Se anima a los padres para que tomen parte en el cuidado de sus hijos?

Generalmente los padres no están involucrados	3 (11.1%)
Depende de los padres	4 (14,8%)
Si, solo las madres	1 (3.7%)
Si, ambos padres	19 (70,4%)

Generalmente se anima a los padres en un 70% de los casos, si bien en tres centros la percepción es que no se anima a los mismos a tomar parte del cuidado de sus hijos y en otros casos se parte de estimular el cuidado en función del perfil de padres.

Q.47 Si la condición clínica lo permite ¿Cuales de las siguientes tareas se permite realizar a los padres en el área de cuidados intensivos?

	No	Si, solamente las madres	Si, ambos padres
a) Hablar y/o cantar al niño			27 (100%)
b) Tocar y sostener al niño			27 (100%)
c) Dar la alimentación por sonda	13 (48.1%)	1 (3.7%)	13 (48.1%)
d) Dar el biberón	1 (3.8%)		25 (96.2%)
e) Cambiar los pañales	2 (7.7%)		24 (92.3%)
f) Asear, bañar al niño	12 (46.2%)		14 (53.8%)
g) Calmar al niño mientras se realizan procedimientos de enfermería o médicos que causen discomfort	14 (51.9%)		13 (48.1%)
h) Llevar objetos personales para la cuna del niño	1 (3.7%)		25 (92.6%)
i) Otras (por favor especificar___)			

Como se puede apreciar por las respuestas hay una tendencia habitual a que sean ambos padres los que intervienen en los distintos cuidados cuando se permite la entrada. Y hay más problemas cuando hay que dar alimentación por sonda, donde en el 48% de los casos no se permite a los padres la participación en los cuidados.

Llama la atención el porcentaje donde no intervienen para el aseo y baño, tareas que son realizadas por los profesionales así como el calmar al niño mientras se realizan procedimientos de enfermería o médicos que además causan discomfort.

Q.48 Si la condición clínica lo permite ¿A los padres de los niños de cuidados intensivos se les ofrece la posibilidad de colocar a su hijo sobre su pecho (cuidado canguro), tanto si es piel a piel como si no?

	Generalmente no	Solo si lo piden	Si, a veces	Si, rutinariamente
a) Madres	2 (7,4%)	-	3 (11.1%)	22 (81,5%)
b) Padres	3 (11.1%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	20 (74,1%)
c) Otros familiares	21 (80.8%)	2 (7.7%)	3 (11.5%)	-

En general tanto a la madre como a los dos, padre y madre se les deja en general la posibilidad de colocar a su hijo o hija en el pecho, no así a otros familiares donde en el 81% de los casos no se les da esta oportunidad.

Q.49 Si se realiza cuidado canguro en la unidad, generalmente es:

	Piel a piel	Convencional (no piel a piel)	Ambos	No contestan
a) Madres	20 (74.1%)	5 (18.5%)	-	2 (7.4%)
b) Padres	15 (55.6%)	1 (3.7%)	7 (25.9%)	4 (14.8%)
c) Otros familiares	2 (7.4%)	2 (7,4%)	1 (3.7%)	22 (81.5%)

En el caso de realizar el cuidado canguro en la unidad, el porcentaje de a otros familiares es de 82% no tener esa oportunidad y a las madres es el porcentaje mayor siendo piel con piel en un 74% de los casos.

Q.50 Según la política de su unidad, ¿en alguna de las siguientes situaciones se impide el cuidado canguro?

	No	Si	No contestan
a) Bebé con CPAP con cánulas nasales	21 (77.8%)	3 (11.1%)	3 (11.1%)
b) Babé intubado	12 (44.4%)	13 (48.1%)	2 (7.4%)
c) Bebé con un catéter umbilical venoso	13 (48.1%)	12 (44.4%)	2 (7.4%)
d) Bebé con un catéter umbilical arterial	11 (40.7%)	14 (51.9%)	2 (7.4%)
e) Bebé con un catéter central no umbilical	23 (85.2%)	2 (7.4%)	2 (7.4%)
f) Bebé con peso menor de 1000 g	21 (77.8%)	4 (14.8%)	2 (7.4%)
g) Bebé con peso mayor de 1000 g, pero inferior a 1500 g	24 (88.9%)	1 (3.7%)	2 (7.4%)
h) Bebé con peso mayor de 1500 g, pero inferior a 2000 g	24 (88.9%)	1 (3.7%)	2 (7.4%)
i) Otra (por favor especificar: _____)			

Q.51 Con permiso de los padres, ¿Se permite la visita del niño a otras personas en el área de cuidados intensivos (realmente poder entrar a la misma habitación donde está el niño)?

	No	Si	Si, pero solamente si el personal está de acuerdo	Si pero solo acompañados por los padres
a) Hermanos	6 (22.2%)	3 (11.1%)	7 (25.9%)	11 (40.7%)
b) Abuelos	3 (11.1%)	11 (40.7%)	7 (25.9%)	6 (22.2%)
c) Otros familiares	6 (22.2%)	9 (33.3%)	6 (22.2%)	6 (22.2%)
d) Amigos	9 (33.3%)	8 (29.6%)	4 (14.8%)	6 (22.2%)
e) Otros (por favor especificar:___)				

Q.52 ¿Los padres reciben información escrita sobre las rutinas/política de la unidad?

En un 88,9% de los casos las familias reciben información sobre las rutinas o políticas de la unidad. En tres hospitales no hay esta práctica habitual.

Q.53 ¿Existe algún grupo de padres estructurado al cual se puedan unir los padres durante el ingreso del niño o después del alta?

	No	Si	No se
a) Organizado por la Unidad	24 (88.9%)	3 (11.1%)	
b) Organizado por otros (por favor especificar	16 (59.3%)	8 (29.6%)	3 (11.1%)

Dentro de las respuestas de los grupos organizados por otros está destacadas las asociaciones de prematuros. Por ejemplo, la asociación catalana de padres de niños prematuros.

Discusión sobre la sección D: Políticas con los padres y otros familiares

En cuanto a la política de relación con los padres y otros familiares, el primer dato es que en el 59% de los centros se deja entrar a ambos, papa y mama, tanto como ellos quieran. En el resto de los casos hay horario restringido e incluso destaca como en cuatro casos solo hay una hora de visita.

Cuando se va a realizar algún procedimiento en general no están las familiares del neonato y en general no se anima a estar presente en estos actos médicos salvo en un hospital.

Hay más o menos un 50% de hospitales que permiten a los padres pasar la noche en cuidados intensivos en habitaciones o simplemente al lado en la cuna del niño, el otro 50% no lo permite.

Los recursos existentes son pocos en general, destacan sobre todo las sillas al lado de las cunas de los niños, sillones reclinables o una habitación equipada con sacaleches, específicamente dedicados a las madres que están lactando.

En un 70% de los casos se anima a ambos padres para que tomen parte en el cuidado de sus hijos, si bien cuando se especifica que cuidados sobre todo son hablar y / o cantar al niños, así como tocar o sostenerle, dar el biberón o cambiar pañales. Otras tareas como asear, bañar al niño es la enfermera la que las lleva a cabo en mayor medida, al igual que calmar al niño mientras se realizan procedimientos de enfermería o médicos que causen discomfort.

Pocos centros permiten a otros familiares cuidarles a los bebés, si bien en algunos pueden entrar con los padres hermanos o hermanas o abuelos y abuelas.

SECCIÓN E

Características de la Unidad

Q.54 Es una unidad...

El 66,7% (n=18) son de la unidad de nivel 3, el 22,2% (n=6) son hospitales de la unidad 2. Tres hospitales no han contestado a esta pregunta.

Q.55 Esta unidad está ...

A la respuesta de las pregunta sobre la unidad, un 55.6% de los que han contestado (n=15) son unidades de Cuidados Intensivos Neonatales Independientes.

Y 11 hospitales se describen como incluidas en una unidad pediátrica o en una Unidad de cuidados intensivos pediátricos (41%).

Tres hospitales nos e han definido en este sentido.

Q.56 Es un hospital docente (por ejemplo, universitario)?

Respecto a si son hospitales docentes 23 de ellos dicen que si (85.2%) y 3 dicen que no (11.1%). Un hospital no ha respondido a la pregunta.

Q.57 Existe una Maternidad en su hospital?

Respecto a si existe una maternidad en el hospital, en 23 hospitales de la muestra si existe este recurso (85,2%) y en cuatro de ellos no.

Q.58 Durante el último año del que disponga datos, cuantos recién nacidos ingresaron en su unidad?

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Peso menor de 1500 g	22	4	999	137,36	281,334
Peso igual o mayor de 1500 g	17	62	749	352,88	208,638
Peso menor de dos kilos	20	103	860	387,65	223,458
	16				

La variabilidad es alta en este cuadro ya que existe alta diferencia entre hospitales.

Datos de menos de 1500G.

lesskilo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1	3,7	4,5	4,5
	19	1	3,7	4,5	9,1
	24	1	3,7	4,5	13,6
	28	1	3,7	4,5	18,2
	29	2	7,4	9,1	27,3
	35	1	3,7	4,5	31,8
	40	2	7,4	9,1	40,9
	41	1	3,7	4,5	45,5
	42	1	3,7	4,5	50,0
	43	1	3,7	4,5	54,5
	46	2	7,4	9,1	63,6
	50	1	3,7	4,5	68,2
	59	1	3,7	4,5	72,7
	60	1	3,7	4,5	77,3
	100	1	3,7	4,5	81,8
	109	1	3,7	4,5	86,4
	180	1	3,7	4,5	90,9
	999	2	7,4	9,1	100,0
	Total	22	81,5	100,0	
Perdidos	9	1	3,7		
	Sistema	4	14,8		
	Total	5	18,5		
Total		27	100,0		

Peso igual o mayor de 1500g

lessymedio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	62	1	3,7	5,9	5,9
	89	1	3,7	5,9	11,8
	147	1	3,7	5,9	17,6
	175	1	3,7	5,9	23,5
	177	1	3,7	5,9	29,4
	232	1	3,7	5,9	35,3
	250	1	3,7	5,9	41,2
	310	1	3,7	5,9	47,1
	328	1	3,7	5,9	52,9
	331	1	3,7	5,9	58,8
	400	2	7,4	11,8	70,6
	489	1	3,7	5,9	76,5
	520	1	3,7	5,9	82,4
	660	1	3,7	5,9	88,2
	680	1	3,7	5,9	94,1
	749	1	3,7	5,9	100,0
	Total	17	63,0	100,0	
Perdidos	999	2	7,4		
	Sistema	8	29,6		
	Total	10	37,0		
Total		27	100,0		

Q.59 Cuantos puesto neonatales tiene su unidad?(por favor de el número oficial)

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
puesto	26	2	25	8,04	5,211
otorspuestos	25	4	60	19,40	11,715
N válido (según lista)	25				

puesto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	7,4	7,7	7,7
	3	1	3,7	3,8	11,5
	4	2	7,4	7,7	19,2
	5	4	14,8	15,4	34,6
	6	4	14,8	15,4	50,0
	8	4	14,8	15,4	65,4
	9	4	14,8	15,4	80,8
	10	1	3,7	3,8	84,6
	12	1	3,7	3,8	88,5
	16	1	3,7	3,8	92,3
	19	1	3,7	3,8	96,2
	25	1	3,7	3,8	100,0
	Total	26	96,3	100,0	
Perdidos	999	1	3,7		
Total		27	100,0		

Otros puestos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1	3,7	4,0	4,0
	9	2	7,4	8,0	12,0
	10	2	7,4	8,0	20,0
	11	1	3,7	4,0	24,0
	13	1	3,7	4,0	28,0
	14	2	7,4	8,0	36,0
	15	1	3,7	4,0	40,0
	16	2	7,4	8,0	48,0
	17	1	3,7	4,0	52,0
	18	2	7,4	8,0	60,0
	19	1	3,7	4,0	64,0
	20	1	3,7	4,0	68,0
	22	1	3,7	4,0	72,0
	23	1	3,7	4,0	76,0
	25	3	11,1	12,0	88,0
	28	1	3,7	4,0	92,0
	44	1	3,7	4,0	96,0
	60	1	3,7	4,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Perdidos	999	1	3,7		
	Sistema	1	3,7		
	Total	2	7,4		
Total		27	100,0		

Hay hospitales que mencionan que no hay separación entre la zona de intermedios y de intensivos.

Q.60 ¿Dispone la unidad de habitaciones individuales para algunos niños?

En cuanto a si disponen los centros de habitaciones individuales para algún niño o niña 13 centros dicen que no y 14 (51,9%) si disponen de este recurso.

Por ejemplo, en un caso dicen que disponen de 1 para aislamiento de dos niños.

Q.61 ¿Dispone la unidad de algún apartado (por ejemplo una zona para un solo niño separada de los demás) que permita más intimidad?

En cuanto a si el centro dispone de algún apartado que permita más intimidad, 14 centros dicen que sí (52%) y el resto de los hospitales no dispone de este recurso.

Q.62 ¿Dispone la unidad de puestos para niños mayores de dos años?

Los hospitales que disponen de puestos para niños y niñas mayores de dos años son 7 (25,9%) de los que han contestado.

Q.63 ¿Cuántos puestos de médicos y enfermeros a tiempo completo hay en la unidad)?

neonatólogos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	7,4	8,0	8,0
	3	5	18,5	20,0	28,0
	4	3	11,1	12,0	40,0
	5	3	11,1	12,0	52,0
	6	4	14,8	16,0	68,0
	8	3	11,1	12,0	80,0
	11	1	3,7	4,0	84,0
	12	1	3,7	4,0	88,0
	15	1	3,7	4,0	92,0
	17	1	3,7	4,0	96,0
	29	1	3,7	4,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	7,4		
Total		27	100,0		

En cuanto a DUEs

		dueneonat			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	3,7	4,8	4,8
	2	1	3,7	4,8	9,5
	3	2	7,4	9,5	19,0
	8	3	11,1	14,3	33,3
	10	1	3,7	4,8	38,1
	12	1	3,7	4,8	42,9
	18	1	3,7	4,8	47,6
	19	1	3,7	4,8	52,4
	21	3	11,1	14,3	66,7
	22	1	3,7	4,8	71,4
	23	1	3,7	4,8	76,2
	30	2	7,4	9,5	85,7
	31	1	3,7	4,8	90,5
	33	1	3,7	4,8	95,2
	160	1	3,7	4,8	100,0
		Total	21	77,8	100,0
Perdidos	9	1	3,7		
	Sistema	5	18,5		
	Total	6	22,2		
Total		27	100,0		

Q.64 Además de los médicos y los enfermeros ¿el personal de la unidad incluye a algunos de los siguientes profesionales?

	No	Si, tiempo parcial	Si, tiempo completo
a) Fisioterapeutas	11 (40.7%)	15 (55.6%)	1 (3.7%)
b) Terapeutas ocupacionales	21 (77.8%)	6 (22.2%)	-
c) Trabajadores Sociales	11 (40.7%)	14 (51.9%)	2 (7.4%)
d) Psicólogo/psiquiatra	16 (59.3%)	7 (25.9%)	4 (14.8%)
e) Especialista en educación	25 (92.6%)	2 (7.4%)	-
f) Otro (por favor especificar:			

Q.65 ¿Dispone la unidad de una persona de referencia para la lactancia materna?

Respecto a la existencia de una persona de referencia en la unidad para la lactancia materna, seis hospitales dicen que no tiene este recurso (22.2%), 13 hospitales dicen que no hay persona de referencia pues todo el personal apoya esta estrategia (48.1%) y 8 hospitales si disponen de una persona en la unidad para la lactancia materna (29.6%).

Q.66 ¿Dispone la unidad de una persona o equipo encargado especialmente de los temas relacionados con los cuidados del desarrollo?

En general, no disponen de personas o equipos encargados espacialmente de los temas relacionados con los cuidados centrados en el desarrollo.

Q.67 alguna de las personas de la Unidad se ha formado o está formándose en algún programa específico de cuidados para el desarrollo (tales como NIDCAP, programas COPE, otros...)?

Pocos hospitales disponen de forma reglada de personas formándose en estos temas

Q.68 Por favor especifique el tipo de programa o entrenamiento y el número de personas que lo completaron o lo iniciaron:

El NIDCAP es que aparece como recurso en tres hospitales, en el resto hablan de formación no reglada pero si cursos o conferencias en el servicio.

Q.69 La Unidad pertenece a la Red

Sobre todo aparece la red Euroneonet y dentro de otras menciona la SEN 1500

Q.70 Sugerencias

Una persona menciona que *"rellenando la encuesta me ha dado cuenta del montón de temas a mejorar"*. Dice además que *"nuestras enfermeras están dispuestas pero carecen de formación especializada. Hemos de ponernos las pilas"*. Y del mismo hospital menciona la enfermera *"Al tener una unidad con UCI semicríticos y niños prealta en el mismo espacio nos impide hacer mejor el tema del sonido a pasar de que tenemos que mejorar y mucho en el tema del dolor"*

También la misma persona menciona que *"a pesar de ver todo lo que hay que mejorar, en su servicio han realizado una encuesta a los padres reciente sobre satisfacción y en general se mostraban satisfechos excepto en el manejo del dolor que según esta neonatóloga dice "es en lo que estamos pero, creo"*.

Otra persona menciona que *"en los últimos 3-5 años nuestra unidad se encuentra en profundo cambio en este sentido. Cada vez somos más los profesionales que otorgamos a los Cuidados Centrados en el Desarrollo una importancia real. El desarrollo en nuestra unidad de todos estos programas va lento y quizás un poco desordenado pero la progresión es adecuada"*

Otra persona menciona como sugerencias *"nosotros tenemos grupo de lactancia materna desde 2006, comité de lactancia materna desde 2010 y grupos de trabajo para el dolor, el método madre canguro y cuidados medioambientales"*.

En otro caso *"han elaborado un protocolo de Cuidados Centrados en el Desarrollo elaborado recientemente"*

Hay personas más críticas con sus médicos que comentan por ejemplo que *"Se venden cuidados a personas que luego no los llevan a cabo"*.

Dentro de las críticas también otra persona de enfermería menciona *"El mayor obstáculo para el desarrollo de los bebés en nuestras unidades es la falta de formación de los profesionales, la eventualidad en el puesto de trabajo y la inexperiencia. En mi opinión, a nivel nacional debería existir un equipo formador y motivador en Cuidados Centrados en el Desarrollo"*.

Análisis cualitativo:

Al analizar las dificultades o resistencias distintas personas han mencionado cuestiones importantes en cada uno de los ámbitos que se han preguntado todos ellos relacionados con poner en marcha o dinamizar los Cuidados Centrados en el Desarrollo. A continuación se presentan los distintos ítems y seguido se realiza un análisis de contenido de los mismos.

Condiciones ambientales	<p>Ruido: Una enfermera menciona sobre el ruido que <i>"a veces es muy difícil controlar la entrada en la Unidad de diversos profesionales de otros Servicios o Especialidades"</i>.</p> <p>Otra persona menciona que <i>"hay alguna maquinaria que no se puede quitar del pasillo que genera mucho ruido"</i></p> <p>Espacio: <i>"disponemos de poco espacio para facilitar la permanencia constante de los padres en la Unidad, es decir no tenemos habitaciones para que los padres puedan dormir"</i>. El espacio es en general un problema en prácticamente todas las unidades estudiadas, <i>"no se diseñaron con este concepto y se notó"</i></p> <p>Mobiliario: <i>"Sería necesario más sillones reclinables para realizar cuidado canguro, pero la falta de espacio lo dificultó"</i>. Otra persona menciona de su centro que <i>"el dispensador de papel secamanos saca mucho ruido"</i></p> <p>Luz: <i>"algunas personas que trabajan en la Unidad se han quejado de la falta de luz dentro de la sala, aunque la mayoría entiende el porqué de la penumbra y admite trabajar con el nivel de luz"</i>.</p> <p><i>"Algunas personas aisladas se resistencia trabajar con poca luz porque creen que es perjudicial para su salud"</i>.</p> <p>Una enfermera menciona que <i>"Falta de formación con respecto a la importancia de regular la luz e individualizar según la situación de cada bebé"</i>.</p> <p>Se menciona también la <i>"Falta de medios, no existen focos suficientes"</i>.</p> <p>Y otra personas dice que <i>"faltan puntos de luz individuales en cuidados medios"</i></p> <p>En general y con respecto a las condiciones ambientales menciona por ejemplo una neonatóloga que <i>"en este aspecto ahora mismo la limitación es de recursos, más espacio para más muebles, pantallas absorción acústica..."</i> y otra neonatóloga dice que <i>"es una cuestión de dinero en estos momentos no podemos cambiar"</i></p>
--------------------------------	--

**Intervenciones
específicas**

Las enfermeras hablan de especialidades que colaboran en el servicio sin sensibilidad hacia la prácticas de Continuidad de Cuidados *"Cuando se realizan procedimientos invasivos por otros Especialistas se utilizan siempre medidas de analgesia no farmacológica, y no se presta tanta atención a la posición ni al confort"*.

Otra menciona la dificultad del trabajo en equipo *"No se suele trabajar en parejas. Falta de organización del trabajo, formación o de conciencia de la importancia de los CCD"*.

Y en otro caso hablan de una unidad antigua - un neonatólogo - sin presupuesto actual y en intervenciones específicas dicen que *"falta formación específica además hay una carga excesiva de trabajo para el personal de enfermería y finalmente el personal eventual es excesivo para estos temas en algunos momentos del año"*

Finalmente se mencionan creencias clásicas enfermeras como que el hecho de tocar a un niño es misión de este estamento y eso es buen hacer *"En este apartado - señala una enfermera - cada día la gente está más concienciada y no hacen nada por rutina. Aun falta romper con no se es mejor enfermera por tocar más a un niño" son años de entenderlo así"*

Manejo del dolor

Para los temas de manejo de dolor es recurrente el tema de la falta de formación "La mayor dificultad quizá por falta de formación es en el área de Observación, donde no se utiliza de forma rutinaria por parte de algunos profesionales analgesia no farmacológica." Otra persona dice *"Mayor concienciación en el área de cuidados intermedios quizás aun por problemas de formación"*.

En otros casos se de organización o de protocolos consensuados *"falta de protocolos"* o *"No hay escalas estipuladas en la unidad para medirlo."*

Y en otro caso, con experiencia laboral internacional y con una edad menor de 30 años de edad, habla de personalismo y decisiones intuitivas personales *"El uso de técnicas o analgesia depende de la enfermera de turno y/o la carga de trabajo de ese momento"*.

Finalmente otro neonatólogo comenta *"desconocimiento en algunos casos. Ciertas maniobras rutinarias no se perciben como dolorosas y en otras ocasiones no se sabe identificarlas correctamente los signos de dolor o discomfort. Se une a esto la carga de trabajo que dificulta la planificación de las maniobras dolorosas"*.

Familia

Una enfermera menciona el cambio de rol que supone en su profesión el comenzar a trabajar con familias en la unidad *"La familia debería contar con más espacio tanto al lado de la incubadora o cuna de su hijo, como una habitación donde descansar, aunque lo ideal serían habitaciones con espacio para padres e hijo"*.

En otro caso se menciona el *"No disponemos de habitaciones individuales con camas"*

Y en general habla de *"Más espacio para las familias"*

Una enfermera aborda el tema de las familias desde la actitud de rechazo a las mismas sobre todo en el turno de noche *"El equipo tolera mal que la family se quede a la noches. Se intenta que vayan a descansar apuntando en la mayoría de los casos que es mejor intentar descansar para el día siguiente. Creo que tener a un padre o madre presente puede traducirse en una forma diferente de pasar la noche"*. Este dato es comentado por varias enfermeras que dicen *"solo falta que las noche este el servicio con padres que te miran y no puedas desconectar un poco mientras le das la toma al bebe"*

Otro profesional, en este caso neonatólogo dice que hay ideas preconcebidas, sobre todo en el personal más veterano acostumbrado a trabajar de una manera determinada. La familia se percibe a veces más como un estorbo para el trabajo que como una ayuda positiva. Se une a esto la falta de espacio"

Otras consideraciones

En otras consideraciones aparecen percepciones varias. Por una lado la necesidad de otros profesionales implicados que conozcan los cuidados centrados en el desarrollo " *Sería conveniente que otros profesionales Sanitarios de distintas especialidades que trabajan a tiempo parcial en la Unidad de Neonatos, recibiesen formación acerca de los Cuidados Centrados en el Desarrollo.*"

Otras personas de enfermería hablan de la necesidad del cambio de rol de la enfermera al trabajar con la familia " *La presencia de los padres durante todo el día y su integración en los cuidados de su hijo ha supuesto un cambio de rol por parte de la enfermería.*"

En el caso de una enfermera joven de menos de 28 años y con formación en Europa habla del papel de algunas enfermeras " *Creo que el equipo piensa que desde hace tiempo "nosotras"(equipo de enfermería) proporcionamos CCD. Alguna vez que el jefe de la unidad ha impartido nociones de esta filosofía, se ha vivido mal, con comentarios del tipo "lo que viene ahora diciéndonos este lo llevamos haciendo hace tiempo"; "se lo voy a recordar cuando venga a explorar al niño nada más terminar la toma..." etc. Por tanto, creo que no hay sentimiento de equipo y creo que es algo fundamental para la implantación y desarrollo de los CCD.*"

Un médico resume el tema diciendo que " *la principal traba probablemente sea la desinformación ya que la mayoría de dificultades se pueden vencer con un cambio de actitud y en general, todo aquel que entiende la importancia de las medidas las acaba aplicando y aceptando.*"

Y finalmente como recoge una enfermera " *quizás tras realizar este cuestionario sería importante en mi unidad, realizar más charlas para seguir mejorando nuestro trabajo diario dentro de la filosofía CCD. Como conclusión creo que nuestro principal problema es que venimos de hospitales distintos y el personal cambia muy a menudo*"

Conclusiones del Estudio 1:

El objetivo del primer estudio es conocer la situación en España de lo Cuidados Centrados en el Desarrollo. Han colaborado 27 hospitales de los cuales la participación ha sido muy buena, han aportado cuestiones relevantes para seguir trabajando en un tema trascendental y que supone un cambio en la manera de enfocar el trabajo neonatal.

Respecto a los temas medioambientales un primer análisis al evaluar los datos sobre el control de ruido y luz indican que se trabaja con protocolos en un 30% de control de luz y en un 22% de control de ruido. Respecto al ruido las principales fuentes de ruido percibido son las voces de las personas y las alarmas de los monitores, y como señala una enfermera al hablar de resistencias el problema es que *"falta formación con respecto a la importancia del ruido en nuestra salud"*, otras enfermeras hablan de *"la importancia de controlar la entrada en la unidad de diversos profesionales de otros servicios o especialidades"*.

Es decir, poco a poco aparece la importancia cuidar los **factores ambientales** de cara a la salud de los bebés, si bien falta formación en las unidades de neonatología y además la cultura de la población es de tolerancia alta al nivel excesivo de ruido y por tanto hay que hacer una labor persuasiva sobre la importancia de estas medidas a diferentes sectores profesionales así como a las familias.

La evidencia científica es clara en la necesidad del control del ruido y la luz como medios de reposo y bienestar. La percepción de que las voces y las alarmas de los monitores contribuyen mucho en las unidades al ruido está clara; falta ahora crear hábitos de ayuda al control como pueden ser los sonómetros con figuras de oreja que ayuden a modificar hábitos de forma continua y permanente en las unidades, consolidando el buen uso de la voz como herramienta de trabajo y comunicación pero no de estrés..

En cuanto a las **condiciones específicas** destacar que cuando los niños están ventilados, habitualmente la posición cambia a lo largo del día en el 78% de los casos, es decir en 22 hospitales de los 27 que han colaborado en el estudio actualmente.

Cada vez se usan más utensilios que ayuden a mantener la posición de los neonatos como por ejemplo las más usadas en los centros que son las barreras con telas alrededor del niño o los nidos o rollos. En general están vestidos con pañales y en todo caso botas y/o gorros. Solamente en un centro están los bebés personalizados con sus propias ropas.

El chupete es lo que más se ofrece a los niños como maniobra de confort sobre todo en procedimientos dolorosos o difíciles.

De forma personalizada y cuando la condición clínica lo permite a veces se suele ofrecer a los niños algún rollo para las manos o alguna tela / tejido con el olor de la madre, pero no es muy frecuente aun este tipo de procedimientos.

La escala que más frecuentemente se utiliza como método de valoración es la de Duvowitz y solo en algunos niños, si bien los centros que tiene el NIDCAP instaurado trabajan con todos los niños ingresados en cuidados intensivos.

La tendencia en los centros es a agrupar los cuidados rutinarios de enfermería en el área de cuidados intensivos a lo largo de la jornada, si bien en cinco centros hay contradicciones ya que también señalan que los cuidados se distribuyen a lo largo del día y en algunos casos se habla de que es en función del personal como se planifican los cuidados.

Respecto al **manejo del dolor** se utiliza la mayoría de las veces algún cuidado de confort sobre todo en tres prácticas como son la colocación de un drenaje torácico, la punción lumbar y en la colocación de vía periférica.

En el ámbito del dolor es donde hay comentarios más importantes sobre la necesidad de trabajar de forma más intensa ya que se habla de falta de formación e incluso falta de sensibilidad para observar bien indicadores de dolor en los neonatos.

El chupete, la sacarosa oral y el cuidado de la posición junto a que la enfermera acaricie y / o sostiene al niños son las medidas de confort más usadas.

En la mayoría de los centros no hay alguien que se dedique exclusivamente a asistir y confortar al bebe y rara vez se pasan escalas de dolor. Y en esta línea cuando se pregunta por si existe en el centro una persona de referencia para el manejo del dolor del recién nacido solo lo hay en 6 hospitales.

Se utiliza analgesia sobre todo en la colocación del drenaje torácico y en menor medida en la punción lumbar. Y en cuanto a la analgesia o sedación de forma continua es en la enterocolitis necrotizante en estadio agudo donde se usa en mayor medida.

En cuanto a **la política de relación con los padres y otros familiares**, el primer dato es que en el 59% de los centros se deja entrar a ambos, papa y mama, tanto como ellos quieran. En el resto de los casos hay horario restringido e incluso destaca como en cuatro casos solo hay una hora de visita al día.

Cuando se va a realizar algún procedimiento en general no están las familias del neonato y en general no se anima a estar presente en estos actos médicos salvo en un hospital.

Hay más o menos un 50% de hospitales que permiten a los padres pasar la noche en cuidados intensivos en habitaciones o simplemente al lado en la cuna del niño, el otro 50% no lo permite.

Los recursos existentes son pocos en general, destacan sobre todo las sillas al lado de las cunas de los niños, sillones reclinables o una habitación equipada con sacaleches, específicamente dedicados a las madres que están lactando.

En un 70% de los casos se anima a ambos padres para que tomen parte en el cuidado de sus hijos, si bien cuando se especifica que cuidados sobre todo son hablar y / o cantar al niños, así como tocar o sostenerle, dar el biberón o cambiar pañales. Otras tareas como asear, bañar al niño es la enfermera la que las lleva a cabo en mayor medida, al igual que calmar al niño mientras se realizan procedimientos de enfermería o médicos que causen discomfort.

Pocos centros permiten a otros familiares cuidarles a los neonatos, si bien en algunos pueden entrar con los padres, los hermanos y hermanas o los y las abuelas. Por otro lado también mencionar que pocos son los centros donde hay grupos de padres gestionados por las propias unidades ya que como posteriormente se señala la falta de formación es una causa, así como la eventualidad de los sanitarios que trabajan en las unidades.

Estudio 2: Situación de los hospitales y percepción de los y las sanitarios en función de políticas de trabajo con las familias

Objetivo

Conocer la percepción de las y los sanitarios en función de la política con las familias sobre el trabajo en equipo y su organización.

Detectar variables de interés que puedan ayudar a mejorar la calidad de relación familias - sanitarios y poder desarrollar con más eficacia los Cuidados Centrados en el Desarrollo

Muestra

Personal sanitario de unidades de neonatología de 38 hospitales donde están representadas todas las comunidades autónomas

Escala

Items relacionados con el trabajo en equipo y la organización que además tengan peso en la literatura científica en relación a la seguridad de los neonatos. Así mismo, el ítem referido a cual es la política del centro respecto a la participación e la familia. Este ítem se mide con tres niveles, por un lado acceso restringido, por otro lado acceso intermedio y finalmente acceso libre (24 horas).

Análisis de datos

Análisis de varianza para ver diferencias significativas entre los centros en función de sus políticas de relación con las familias

Resultados

Han contestado al cuestionario 830 personas de 38 hospitales de España representando a prácticamente todas las Comunidades autónomas. La edad media de la muestra es de 42 años.

Del total de la muestra 688 son mujeres (83%), 118 hombres (14%) y 20 personas no han respondido a esta variable (2%).

En cuanto a titulación, 196 son neonatólogos/as (24%), 430 son DUES (52%), 156 auxiliares (19%), y a la categoría otros han respondido 15 personas (1,8%). 29 personas no se han definido profesionalmente.

Al preguntar por la familia y su forma de funcionar en los centros, se mide a través de tres niveles, El primero si las madres y los padres entran de forma restringida en el centro, la segunda si entran libremente excepto en horas muy concretas (Menos del 20% del tiempo está limitada la entrada de madres y padres) y finalmente si las madres y los padres pueden entrar en cualquier momento y permanecer tanto como quieran con sus hijos e hijas.

La realidad de lo que comentan los y las profesionales es que de los 38 hospitales, más o menos un tercio permiten entrada 24 horas, otro tercio de forma restringida y el otro tercio con horario intermedio.

Participación de las Familias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	restringido	225	27,2	30,2	30,2
	casi siempre	229	27,7	30,7	60,9
	siempre	292	35,4	39,1	100,0
	Total	746	90,3	100,0	
Perdidos	99	80	9,7		
Total		826	100,0		

**Nota: perdidos implica que no han marcado este ítem algunas personas (N=80).

Así se han realizado valoraciones sobre equipos de trabajo en función de cómo es la realidad con las familias en los centros de trabajo pero antes se ha la relación con las familias en función de colectivos profesionales

Tabla de contingencia Entra Familias * Titulación

Recuento

		Titulación			Total
		Neonatólogo/a	DUE	Auxiliar	
Entra Familias	restringido	67	114	35	216
	casi siempre	52	117	51	220
	siempre	65	157	50	272
Total		184	388	136	708

Como se puede ver los grupos son casi homogéneos en función de las profesiones estudiadas. El grupo de neonatólogos de la muestra estudiada representa casi un 50% del total de España que está en torno a 400 personas según datos de la asociación profesional a la que pertenecen. El número de Dues es importante en cuanto a representación de la población (n=388 personas de 38 centros) y el de auxiliares es importante también.

En la tabla siguiente se han puesto los datos según los hospitales (respetando el anonimato de cada centro, se asigna un número a cada uno) con el fin de observar como en algunos de ellos hay coherencia interna entre sus profesionales en cuanto a la política con el acceso de las familias (restringido, intermedio y libre).

Lo que se puede observar con los datos es como existen incongruencias en algunos centros, por ejemplo, en el número 39 hay una gran disparidad, ya que la mitad de la plantilla habla de medidas restringidas de acceso a las familias y la otra mitad de la plantilla dice que se permite el acceso a las familias las 24 horas del día.

En otros casos, como el hospital número 10, 25 personas hablan de libre acceso y 10 hablan de acceso intermedio.

Tabla de contingencia hospital * Entra Familias

		Política de relación con las Familias			Total
		restringido	Intermedio	Libre	
hospital	1	15	5	0	20
	2	16	0	0	16
	3	13	4	1	18
	4	4	16	4	24
	5	14	6	1	21
	6	1	3	9	13
	7	0	0	18	18
	8	0	25	6	31
	9	15	2	0	17
	10	0	10	25	35
	11	26	0	0	26
	13	17	0	0	17
	14	0	4	13	17
	15	0	0	12	12
	16	0	2	15	17
	17	0	2	19	21
	18	1	9	11	21
	19	0	8	8	16
	20	5	11	0	16
	21	1	13	12	26
	22	0	2	1	3
	23	21	5	0	26
	26	0	1	17	18

27	0	14	1	15
28	0	0	47	47
30	0	2	24	26
31	21	0	0	21
34	17	0	0	17
35	0	1	9	10
36	15	2	0	17
37	9	6	3	18
38	0	5	12	17
39	10	1	13	24
40	0	16	3	19
41	0	21	3	24
43	1	23	3	27
44	3	10	2	15
Total	225	229	292	746

Es importante este reflejo de percepción, ya que a más variabilidad en la misma más dificultades para las familias o acceso en función de que personas estén en los turnos sobre todo a las noches o durante el fin de semana.

Percepción de la Organización en función del esquema de trabajo con las familias:

items	Restricción	Intermedio	24 horas	F
Creo que en estos momentos hay muchas rotaciones en el servicio	3.60	3.61	3.68	n.s.
La comunicación entre nosotros es buena	3.25	3.43	3.33	n.s.
El liderazgo del servicio es claro y ayuda al trabajo	2.80	3.07	3.06	3.94*
La distribución del espacio de trabajo está bien diseñada en mi opinión	2.41	2.33	2.47	n.s.
En este servicio la intervención de la familia en el proceso de cuidado del neonato es positiva	3.21	3.66	3.97	37.69***
En estos momentos creo que hay un exceso de tipos de contratos	3.38	3.33	3.49	n.s.
Considero que hay muchas bajas y absentismo laboral	2.59	2.68	2.67	n.s.
En algunas ocasiones, echo en falta uniformidad de criterios a la hora de atender a los neonatos	3.91	3.94	3.85	n.s.
En bastantes ocasiones creo que hay dificultades en la gestión de la unidad	3.53	3.60	3.50	n.s.
Últimamente percibo problemas en las compras de material por abaratamiento de costos: "baja calidad del material"	3.39	3.40	3.37	n.s.
La eventualidad de los sanitarios en periodos de vacaciones dificulta el trabajo de forma coordinada	3.86	3.94	3.80	n.s.
Creo que existe una correcta responsabilidad en el seguimiento de las notificaciones por errores " Sé a quién preguntar"	3.08	3.15	3.31	2.75*
Creo que hay cierta complejidad en los procedimientos de trabajo	3.32	3.31	3.48	n.s.
Creo que existe colaboración a la hora de	3.66	3.73	3.78	n.s.

desarrollar las tareas				
Falta de tiempo percibido para responder a preguntas de otros /as	2.98	3.25	3.29	6.858***
Creo que es necesaria mayor formación en el proceso de cuidado del neonato en todos los servicios que integramos el proceso de atención	4.13	4.14	4.13	n.s.
En estos momentos, tenemos un alto nivel de estrés trabajando	3.38	3.58	3.79	9.26***
La organización del servicio debe mejorar	3.96	3.98	4.03	n.s.
Se comunican bien los temas pendientes en el cambio de turno	3.86	3.80	3.69	n.s.
Está bien establecida la forma de abordar los situaciones de urgencias o situaciones críticas en el evolutivo del neonato	3.63	3.69	3.60	n.s.
Creo que es adecuado el número de sanitarios de mi categoría profesional para tratar con seguridad al neonato	2.98	2.93	2.88	n.s.
En el 2009 creo que se ha mejorado en seguridad	2.96	3.09	3.29	6.907***
La dirección del centro está trabajando por la seguridad del paciente	2.65	2.81	3.10	9.94***
En el servicio disponemos de un canal de información para notificar errores	2.24	2.50	3.11	9.940***
Siento que los superiores reconocen mi trabajo	2.69	2.58	2.78	n.s.
Tenemos buenas relaciones entre los diferentes niveles asistenciales	3.22	3.24	3.40	n.s.
Creo que conozco bien mi trabajo	3.98	4.14	4.29	12.69***
En los congresos y jornadas a las que asisto cada vez se habla más en términos de seguridad y proceso asistencial	3.50	3.48	3.81	6.885***
La comunicación con otros servicios es fluida y eficaz	3.16	3.25	3.31	n.s.
La información necesaria para llevar a cabo las acciones que requiere el puesto es de fácil acceso	3.23	3.16	3.33	n.s.
En la unidad existen pases de visita entre médicos y enfermeras sobre los neonatos y esta comunicación es de gran ayuda	2.69	2.67	2.62	n.s.

Si se comete un error en la unidad se informa correctamente a la familia	3.02	2.84	3.09	3.039*
La documentación que se hace es adecuada para reflejar la evolución de los neonatos, en mi opinión	3.61	3.67	3.69	n.s.
El equipamiento (bombas, ventiladores...) son chequeados por personal experto	3.56	3.76	3.94	7.374***

Llama la atención que de los ítems trabajados, las diferencias significativas se encuentran sobre todo en la visión del liderazgo como claro y que ayuda al trabajo así como que la dirección del centro trabaja por la seguridad del paciente. En ambos casos hay mejor percepción cuando la familia está presente en la unidad que cuando hay medidas restringidas.

Igualmente se percibe que la familia interviene en el proceso de cuidado del neonato como positivo en los centros donde la familia participa y hay mayor conciencia de saber a quién preguntar en caso de errores, tiene claro el canal de comunicación y hay mayor percepción de que la seguridad del neonato ha mejorado el año anterior.

Por otro lado, puntúa en negativo la percepción de falta de tiempo para preguntar a otros cuando la familia está presente al igual que hay mayor percepción de estrés. Si bien están con mayor nivel de confianza (creo que conozco bien mi trabajo) los profesionales que trabajan con las familias.

El resto de las variables no son significativamente diferentes en los tres subgrupos estudiados, cuando la familia entra 24 horas, cuando hay horario restringido a cuando hay horario intermedio (entre libre y restringido).

Equipo de trabajo y valoración en función de la relación con las familias

items	Restricción	Intermedio	24 horas	F
Me siento bien en este servicio	4.08	4.15	4.22	n.s.
Hay apoyo entre los compañeros de servicio	3.74	3.84	3.88	n.s.
Me siento integrado /a en el servicio	4.08	4.21	4.28	3.21*
Siento que aprendo cada día	4.09	4.20	4.27	2.92*
Las personas en formación en este servicio no están bien tutorizadas	2.97	2.89	3.19	3.94*
La supervisión del servicio es accesible si necesito informar de algo que me preocupa	3.71	3.99	3.81	3.52*
Los fines de semana es fácil resolver errores si se producen	3.09	3.26	3	3.73*
Hay exceso de trabajo en vacaciones (navidad, semana santa y verano)	3.80	3.99	4.21	9.29***
Conozco los canales de comunicación adecuados para transmitir errores	2.84	3.13	3.37	11.64***
Los desacuerdos en este servicio se resuelven de forma adecuada: que es mejor para el paciente, no quien tiene razón	3.06	3.38	3.31	5.14***
Es difícil para mí preguntar cuando algo no se entiende	2.29	2.24	2.11	n.s.
El trato es bueno	3.90	4.01	4.05	n.s.
No se puede hablar de problemas y preocupaciones	2.44	2.39	2.33	n.s.
En estos momentos hay personas problemáticas trabajando en el servicio que dificultan el trabajo	2.91	2.69	2.92	n.s.
Las relaciones entre profesionales son adecuadas (medicina, enfermería, auxiliares, celadores, etc)	3.40	3.51	3.57	n.s.

La dirección del servicio está favoreciendo la cultura en seguridad para la toma de decisiones	2.88	2.95	3.17	4.75***
Se intenta que los padres y las madres participen directamente en el cuidado de sus hijos desde el primer momento	3.07	3.85	4.32	90.54***

En cuanto al análisis de datos sobre el equipo en función de las políticas de trabajo y acceso con las familias (acceso restringido, acceso intermedio, acceso libre), los 17 ítems propuestos reflejan medidas significativas interesantes en las cuales destacan 5 ítems como altos significativos, cinco ítems con medidas tendencialmente significativas y siete ítems no significativos, es decir no hay diferencias significativas entre los hospitales.

Por un lado, está la importancia de intentar que los padres y las madres participen directamente en el cuidado de sus hijos desde el primer momento claramente con mayor media en los hospitales donde se permite la entrada a las familias libremente (media de 4,32 frente a la media de los hospitales con acceso restringido donde la media es de 3,07 (F 90.54, p.000).

Este datos está unido a la percepción de los profesionales sobre como la dirección del servicio está favoreciendo la cultura de seguridad para la toma de decisiones, también a favor las medidas significativas de os hospitales con medidas de libre acceso (media de 3,17 frente a la media de 2,88 de los hospitales con restricciones). (F 4,75, p.000)

El otro ítems destacado es el relativo a los canales de comunicación adecuada para transmitir errores donde de nuevo los centros con acceso libre tiene mayor puntuación que el resto de los centros. (Media de los hospitales con libre acceso 3,37 y con acceso restringido es de 2,84, la media de los hospitales con acceso intermedio es de 3,13.

En cuanto a si los desacuerdos en el servicio se resuelven en función de que es mejor para e paciente, la media más alta es la de los hospitales con acceso intermedio (media de 3,38) y

posteriormente para los de libre acceso (media de 3,31), De nuevo la media más baja aquí se da en los hospitales con acceso restringido (media de 3,06).

Finalmente y el quinto ítem con diferencias significativas, con media más alta en los hospitales con libre acceso es el relativo a la percepción de exceso de trabajo en vacaciones (navidad, semana santa y verano) donde la media en este caso es de 4,21, frente a la media de los hospitales con acceso restringido que se sitúa en el 3,80 y en los hospitales de acceso intermedio que es de 3,99.

En cuanto a los ítems con medidas tendencialmente significativas, en el caso de los hospitales con entrada libre es más alta la media que en el resto de los hospitales en los ítems sobre la integración en el servicio, la sensación de aprender cada día. También es más alta la percepción de que están bien tutorizadas las personas que están en formación (el ítem está preguntado en negativo).

El ítem relacionado con que la supervisión del centro sea más accesible da puntuaciones más altas en los hospitales con acceso intermedio (media de 3,99) al igual que el ítem relacionado con que los fines de semana sea más fácil resolver errores si se producen (media de 3,26).

El resto de los indicadores planteados son iguales en todo tipo de hospital. Así, en general las personas están bien en el servicio presenta puntuaciones altas de 4,17 de media general, y el trato es bueno con un media general de 4.

La sensación de apoyo entre los compañeros es de 3,85 y las relaciones entre profesionales adecuadas con una media de 3,81. No hay demasiada percepción de personas problemáticas en los centros, media central de 2,83. Y respecto a poder hablar en caso de problemas y preocupaciones la media es baja y se sitúa en el 2,83, al igual que la sensación de poder preguntar algo cuando no se entiende donde la sensación de dificultad se sitúa en el 2,23.

Conclusiones del Estudio 2:

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de los y las sanitarios de unidades de neonatología UCIN respecto al trabajo en equipo y la organización en función de su política con las familias (acceso restringido, acceso intermedio y acceso libre).

Se ha contado con 830 sujetos de 38 hospitales y de los estamentos de medicina, enfermeras y auxiliares de enfermería, donde están representadas las diferentes comunidades autónomas.

Los datos más significativos muestran que existen diferencias significativas en temas como la dirección y el liderazgo, que es mejor percibida en los hospitales con acceso libre a las familias o incluso de acceso intermedio frente al acceso restringido.

Además, llama la atención en algunos hospitales la variabilidad de respuestas ya que en alguno de forma clara, la mitad de la plantilla dicen que hay libre acceso y la otra mitad que hay acceso restringido. Este enfoque es necesario estudiar ya que influye en la manera de percibir el trabajo de un servicio.

Por otro lado, la comunicación es mejor percibida así como el sistema de notificación de errores cuando hay entrada de las familias en el servicio.

Los datos negativos sería en el caso de los centros con entrada libre que se percibe más estrés en los profesionales, además hay mayor percepción de falta de tiempo para

responder a preguntas de otros y sensación de exceso de carga de trabajo en vacaciones de navidad, semana santa y navidad.

Otros temas como la formación, las rotaciones, o la distribución del espacio son iguales en todos los centros estudiados.

Estudio 3: Evaluación de la satisfacción de los profesionales en el proceso de de implantación del NIDCAP en dos unidades neonatales.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del niño es un proceso muy complejo y dinámico, en el que intervienen factores intrínsecos del individuo y factores extrínsecos, siendo el más importante la familia. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales altera tanto el proceso de desarrollo normal del feto y del recién nacido como la capacidad parental de los padres muy frecuentemente. El estrés al que es sometido el recién nacido y su familia parece ser uno de los factores que influyen más significativamente en su pronóstico futuro.

Los esfuerzos para compensar las dificultades derivadas de la prematuridad son costosos y recaen sobre todo en la familia, en el sistema educativo, en el sistema de salud y del soporte social. Por tanto, parece lógico intentar una intervención preventiva más precoz, idealmente iniciada después de las primeras etapas, durante el ingreso hospitalario.

Algunos tipos de cuidados aplicados al recién nacido y a la familia parecen mejorar el pronóstico de estos niños. En este sentido, la aplicación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia (CCD) se ha demostrado como una metodología de cuidado que mejora el pronóstico a corto, medio y largo término. CCD son un sistema de cuidados que aplicados durante el periodo neonatal pretenden reducir el impacto que sobre el recién nacido y sobre su familia se produce como consecuencia del nacimiento del prematuro y de la estancia en la Unidad de Neonatología, especialmente cuando se trata de recién nacidos

muy pretérminos. Se actúa sobre los factores generadores del estrés (luz, ruido, dolor, manipulaciones...) y se fomenta la participación de los padres en los cuidados de sus hijos.

Más allá de los CCD generales, la implementación de cuidados individualizados, basadas en la observación de la conducta del recién nacido, parece una forma aún más eficaz de mejorar el pronóstico. El programa estandarizado de cuidados individualizados se denomina NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program). El NIDCAP se centra en la individualidad y el respeto del neonato y su familia llevando a cabo observaciones del recién nacido antes, durante y después de los cuidados. De esta manera el observador valora en cada momento la capacidad del recién nacido para organizar y modular los cinco subsistemas que forman parte de la teoría sinactiva: autonómico, motor, estado organizativo, atención / interacción y sistema de autorregulación. A través de estas observaciones se realizan recomendaciones para llevar a cabo cuidados individualizados y cambios en el ambiente en función del estado actual de desarrollo del niño y las necesidades de la familia.

La introducción de NIDCAP no es un proceso trivial, sino que implica una inversión considerable en todos los niveles de la organización. NIDCAP requiere cambios físicos en la UCIN, así como importantes esfuerzos educativos y cambios en la práctica de cuidado del recién nacido. Por otra parte, los estudios publicados han sido relativamente pocos, con números pequeños y la metodología empleada ha sido cuestionada. Debido a la complejidad de la intervención, la evaluación de NIDCAP es complicada en comparación con los estudios que implican, por ejemplo, tratamientos de drogas diferentes o modos de ventilación. Existen publicaciones que apuntan un impacto positivo del NIDCAP sobre los recién nacidos prematuros al disminuir los requerimientos de asistencia ventilatoria, las necesidades de oxígeno y la estancia hospitalaria, favoreciendo la ganancia de peso y mejorando el desarrollo a largo plazo.

Por otra parte, también existen pocos estudios que evalúen la satisfacción del personal sanitario con el método NIDCAP y este aspecto puede ser útil para establecer recomendaciones acerca de estrategias para la implantación del NIDCAP.

OBJETIVO

Conocer el grado de satisfacción de los profesionales (fundamentalmente médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) en dos unidades neonatales que ya han iniciado el proceso de implantación del NIDCAP y, por otro lado, tratar de determinar las barreras percibidas para su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

El estudio se lleva a cabo en las unidades de cuidados intensivos neonatales de dos hospitales de nivel III españoles (12 de Octubre de Madrid y Vall d'Hebron de Barcelona) durante el periodo de implantación del método NIDCAP.

La población de estudio está constituida por el staff de la Unidad Neonatal (médicos, enfermeras, auxiliares) que trabajen actualmente en cada centro.

El número de sujetos que han participado en el estudio ha sido de 305, de los cuales 169 son enfermeras, 40 médicos y 94 auxiliares de enfermería.

Cuestionario

El cuestionario realizado para este estudio puede ser contestado tanto por usuarios activos del CCD y NIDCAP como por usuarios no activos de dichos métodos. Para su elaboración se revisan distintos cuestionarios ya publicados en relación con la satisfacción de los profesionales, intentando localizar aquellos ya validados y se diseña uno más específico que recoge los aspectos más directamente relacionados con el NIDCAP y los Cuidados Centrados en el Desarrollo. Para las preguntas recogidas de cuestionarios publicados en lengua inglesa se procede a una traducción inversa para evitar malinterpretaciones y antes de su aplicación generalizada se trabaja con grupos nominales en las unidades participantes para llegar así a un consenso sobre el cuestionario definitivo.

El cuestionario es anónimo y se divide en cuatro apartados:

1. **Variables socio-demográficas y laborales:** como se ha comentado previamente se recogen datos acerca de la profesión, género, edad, experiencia y horarios.
2. **Satisfacción profesional:** este apartado consta de 34 preguntas la mayoría de las cuales (26) están tomadas del cuestionario publicado por Eduardo Núñez González y colaboradores en 2006 ("Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral") que a su vez está basado en el cuestionario validado Font-Roja de satisfacción laboral que es uno de los más usados en España en distintos entornos laborales del ámbito sanitario. Las dimensiones que explora son: satisfacción por el trabajo, tensión relacionada con el trabajo, competencia profesional, presión en el trabajo, promoción profesional, relación interpersonal con los superiores, relación interpersonal con los compañeros, características extrínsecas de estatus, monotonía laboral y entorno físico de trabajo. Además, se añaden 4 preguntas (concretamente la 14, 17, 25 y 28) tomadas del cuestionario también validado publicado por Stamps en 1997 (Nurses and Work

Satisfaction: An Index for Measurement) y otras 4 preguntas surgieron a raíz del trabajo realizado con los grupos nominales. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert de +1 a +5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción. El punto 3 se toma como un grado intermedio de satisfacción. Se considera como indicador global de la satisfacción laboral el sumatorio de todas las respuestas dadas a cada uno de los ítems.

3. **Cambios en las condiciones de la UCIN como resultado del NIDCAP:** en este apartado se valora el impacto percibido del NIDCAP sobre diferentes condiciones de la unidad de Neonatología. Nuevamente se recurre a cuestionarios ya validados como el de Westrup de 1997 (Evaluation of the Newborn individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) in a Swedish setting. En la segunda parte de este apartado (19 ítems) se recurrió al cuestionario basado en la teoría del comportamiento planeado (Azten I. The theory of planned behaviour) que distingue cinco factores: actitud (8 ítems), control de comportamiento percibido (4 ítems), norma subjetiva (4 ítems), intención (2 ítems) y comportamiento (1 ítem). Como en el apartado anterior, cada uno de los ítems se gradúa en una escala del 1 (totalmente desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo).

4. **Fuentes de información, recursos necesarios y barreras percibidas para la implantación del NIDCAP:** en una primera parte se recogen datos en relación con la familiaridad del personal con el NIDCAP, sus fuentes de información así como los requerimientos que consideran necesarios para su implantación. Para ello se recurre a preguntas recogidas en el estudio de Van der Pal del año 2007 (Silvia M van der Pal, Celeste M. Maguire, Saskia Le Cessie. "Staff opinions regarding the newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP)"). Por último se formula un cuestionario que recoge las barreras percibidas para la implantación del NIDCAP basado en el estudio de Hendrics-Muñoz publicado en 2007 (Barriers to Provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions).

ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se expone un resumen de los resultados obtenidos en cada uno de los cuatro apartados en los que se divide el cuestionario:

1. Variables demográficas y laborales

Han colaborado 305 personas en este proyecto.

La profesión predominante entre los trabajadores de ambas unidades es la de enfermería (casi un 56%), con un predominio del sexo femenino (92%) y una edad media joven (85% menores de 50 años y 45% entre los 20 y los 35 años). Aproximadamente un 54% corresponde a trabajadores de la unidad neonatal del Hospital Vall d'Hebron frente a un 46% del Hospital 12 de Octubre. El tiempo medio de trabajo en la unidad es en la mayoría de los encuestados inferior a los 6 años.

2. Satisfacción profesional

La mayoría de los encuestados se encuentran muy satisfechos en su trabajo (casi un 70%). Sin embargo, aunque con discrepancia de opiniones, la tendencia es a no sentirse reconocidos por su trabajo. Algunos de los aspectos que los trabajadores valoran positivamente en relación con su satisfacción profesional son: la mayoría considera que tienen responsabilidad e independencia para organizar su trabajo, manteniendo interés por las cosas que realiza y tienen la sensación de que lo que hacen merece la pena y gozan de oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas. Se consideran capacitados para realizar su trabajo y mantienen relaciones cordiales con sus compañeros, sin verse afectados por la competitividad. Asimismo, la mayoría de los encuestados están satisfechos con su horario actual.

Por otro lado, existen otros aspectos que los trabajadores valoran negativamente en relación con su satisfacción profesional. Algunos de ellos son: la mayoría manifiesta que al final de la jornada se suelen encontrar muy cansados, teniendo la sensación de que les falta tiempo así como recursos suficientes para realizar su trabajo tan bien como sería deseable. Consideran que su trabajo es excesivo y que si hubiera más personal en la unidad realizarían su profesión de una manera más satisfactoria. La mayoría también opina que debería potenciarse el trabajo interdisciplinar en la unidad y que no tienen muchas posibilidades de promoción profesional. Muchos ven la estructura e instalaciones como un obstáculo para desarrollar su trabajo satisfactoriamente. Por último, la mayoría considera que el sueldo que percibe no es adecuado y que su trabajo puede llegar a alterar su ánimo, salud y horas de sueño.

3. Cambios en las condiciones de la UCIN como resultado del NIDCAP

La mayoría de los trabajadores encuestados ha valorado positivamente los cambios en las condiciones de la UCIN como resultado del NIDCAP. De este modo manifiestan que han mejorado entre otras cosas el bienestar del niño durante su estancia hospitalaria (más del 90% de los encuestados así lo perciben), su capacidad para influir sobre el bienestar del niño (más del 86%), las oportunidades del niño para descansar (más del 88%), la capacidad del niño para tolerar la nutrición enteral (casi el 80%), la seguridad del niño (78%), su capacidad para valorar la condición del niño (más del 73%), el bienestar del niño debido a la reducción del sonido y la luz (90%), el bienestar del niño debido a la reducción de la actividad (87%), la presencia de los padres al lado del niño (85%), el modo en que los padres cuidan de su niño (73%), el apego de los padres hacia su niño (88%), la relación entre profesionales y padres (64%), su propia confianza en su labor profesional (64%), las condiciones para desarrollar su trabajo (52%), su satisfacción con el trabajo debido a la demanda para la reducción del nivel de sonido (66%), su satisfacción con el trabajo debido a la reducción de la actividad (casi un 60%), sus condiciones de trabajo en general así como su satisfacción con su trabajo en general (60%). Por el contrario, han mostrado mayor

discrepancia de opiniones en cuanto a su satisfacción con el trabajo debido a la demanda para la reducción de la luz, ya que mientras que un 43% considera que ha empeorado, un 42% considera que ha mejorado. El 15% restante considera que no ha cambiado.

La mayoría de los trabajadores opina que los planes de cuidados individualizados NIDCAP han mejorado las oportunidades del niño para descansar y dormir, la presencia de los padres al lado del niño, el modo en que los padres cuidan de su niño, el apego de los padres hacia su niño, sus oportunidades para valorar adecuadamente las condiciones del niño y las condiciones para completar sus tareas.

Si nos centramos en la actitud, los trabajadores valoran positivamente el NIDCAP al considerar que supone una mejora en los cuidados prestados (el 90% lo ve así), es agradable usarlo (87%), conduce a una mejoría en la salud y el desarrollo de los niños (83%), es satisfactorio usarlo (88%) y es bueno para el progreso de su trabajo (76%). Además, la mayoría no considera que el cuidado de la UCIN sea suficientemente bueno sin el NIDCAP (68%) ni que no resulte práctico usarlo (68%), aunque manifiestan que supone un consumo de tiempo (casi el 70%).

En cuanto al control de comportamiento percibido, la mayoría considera que tiene conocimiento y capacidades suficientes para usar el NIDCAP durante los cuidados del recién nacido (72%), manifestando que no es difícil para ellos usarlo (76%).

En cuanto a la norma subjetiva, tanto la mayoría de las enfermeras como de los médicos (casi el 80%) creen que debería usarse el NIDCAP y esperan de los demás que lo usen (83%).

Al valorar la intención, la mayoría manifiestan que les gustaría usar el método NIDCAP durante los cuidados del recién nacido (casi el 90%) y que están planeando usarlo (81%).

Finalmente, si valoramos el comportamiento, el 87% expresa que usa el método NIDCAP durante los cuidados del recién nacido.

4. Fuentes de información, recursos necesarios y barreras percibidas para la implantación del NIDCAP

La mayoría de los encuestados manifiesta estar familiarizado con el NIDCAP (más del 90%). Las fuentes de información más frecuentemente aludidas por orden de frecuencia son: educación relacionada con la profesión (85%), sesiones clínicas (80%) y reuniones de trabajo (75%). Con menor frecuencia se encuentran las conferencias y congresos (el 51% expresa estar informado del NIDCAP a través de ellas) y la profesión relacionada con la educación (50%).

En cuanto a los requerimientos que consideran necesarios para la implantación del NIDCAP, todos los puntos referidos en el cuestionario han sido señalados por la mayoría de los encuestados: más tiempo en la prestación de los cuidados al recién nacido (marcado por el 88% de los profesionales encuestados), más educación (87%), más personal en general (87%), más personal entrenado en NIDCAP (86%), más material (78%) y modificación del entorno físico (78%).

Al analizar la parte final del cuestionario centrada en los obstáculos o barreras para la implantación del NIDCAP observamos que el 58% piensa que el NIDCAP está optimizado en su UCIN, frente al 42% que considera que no. El principal obstáculo que encuentra ese 42% de encuestados que considera que el NIDCAP no está optimizado en su unidad es la falta de coordinación entre los diferentes profesionales (77%). Otras barreras referidas por un porcentaje menor de profesionales son: el sonido (35%), los problemas de relación/comunicación entre profesionales y padres (32%), el personal de enfermería

(28%), la manipulación (28%), el personal médico (26%), la financiación (23%), la luz (20%), la administración hospitalaria (18%) y los padres no involucrados (17%).

La mayoría de los encuestados manifiesta que su UCIN utiliza un sensor de luz y/o sonido para medir el ambiente (72%). También apuntan que utilizan en su mayoría ayudas para el posicionamiento de los recién nacidos (98%), así como chupetes específicos para el soporte de los prematuros (96%). La mayoría manifiesta que en su UCIN se realizan reuniones multidisciplinarias de personal para discutir cómo mejorar el cuidado de los recién nacidos o el ambiente de la UCIN (67%).

La inmensa mayoría (más del 90%) expresa que hay alguna persona o personas que actúan como "líderes" para ayudar a mantener el cuidado NIDCAP en su UCIN y que esos líderes suelen ser personal de enfermería (97%), aunque un 62% considera además que los médicos forman también parte de ese liderazgo.

Finalmente, la inmensa mayoría (92%) siente que el NIDCAP es una parte esencial del cuidado médico que le gustaría proveer para los recién nacidos de su unidad y consideran que el momento más apropiado para comenzar a aplicar el NIDCAP es en paritorio (76%), frente a un 15% que opina que debería comenzar al ingreso en la UCIN y un 9% cuando el recién nacido esté "medicamentamente" estable.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 3

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de satisfacción de las personas que trabajan en dos unidades donde se practica de forma proactiva los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia (CCD) y además analizar las barreras percibidas para su total implantación y consolidación de los CCD.

Han participado en el estudio las plantillas de dos hospitales y son 305 personas de las cuales 169 son enfermeras, 40 son médicos y 94 son auxiliares de enfermería.

En cuanto al nivel de satisfacción es alto en general ya que la mayoría considera que tiene responsabilidad e independencia para organizar su trabajo, mantienen el interés por las cosas que realizan y tiene la sensación de que lo que hacen merece la pena y gozan de oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas. Estos datos coinciden con los obtenidos en el estudio 2.

La parte negativa de la satisfacción está relacionada con la percepción de no sentirse valorados por su trabajo suficientemente, además algunas personas mencionan que se sienten cansadas al final de la jornada y tienen la sensación de falta de tiempo así como recursos insuficientes para realizar el trabajo como sería deseable, consideran la necesidad de más personal en sus unidades.

En cuanto a los cambios en las condiciones de las UCIN como resultado del NIDCAP (neonatal Individualized Developmental Care and assessment Program) destacan la mejora del bienestar del niño en cuanto a que se potencia en ellos el descanso, la capacidad para tolerar la nutrición enteral, la seguridad y de forma importante también la relación de la mamá y el papá con su bebé.

Si bien y en cuanto a las barreras detectadas se habla en primer lugar de más tiempo, mas personal, mas recursos y mayor modificación del entorno físico. Además mencionan la falta de coordinación entre profesionales y destaca en menor medida los problemas de comunicación entre profesionales y padres. De hecho se mide la existencia de padres no involucrados en un 17%.

En cualquier caso el NIDCAP es muy bien valorado como parte esencial del cuidado médico y se considera que el principio del método de trabajo debe de ser el paritorio (76%) frente al grupo que entiende que es la unidad de cuidados intensivos donde hay que comenzar.

Conclusiones del trabajo sobre Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) y la Familia. 2010

El objetivo de este estudio subdividido en tres acciones de intervención es conocer el nivel de trabajo en España sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) y en la Familia.

Se ha contado con tres abordajes complementarios para llegar a un mejor nivel de conocimiento. El primer diseño pretende conocer el nivel de implantación de los CCD y la familia en los hospitales actuales.

El segundo diseño se propone estudiar las diferencias percibidas entre profesionales en función de la política de trabajo con las familias (entrada restringida, entrada intermedia y entrada libre) en el ámbito del trabajo en equipo y de la organización de la UCIN.

El tercer diseño se estructura en base a detectar el nivel de satisfacción percibida en dos centros con liderazgo proactivo en temas de CCD y con implantación del modelo de trabajo NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program). Además en este estudio se pretende conocer el nivel de implantación percibida y estudiar las barreras existentes para su eficaz desarrollo y consolidación.

Por otro lado, la evidencia científica sobre el trabajo en CCD es conocida y no deja lugar a dudas en cuanto a la necesidad de impulsar estos esquemas de funcionamiento. (Revisión bibliográfica 2009).

En cuanto al primer estudio, la realidad española en función de 27 centros que han contestado el cuestionario diseñado por Monica Cuttini en función de cinco áreas de

trabajo es alentador ya que cada vez más centros se incorporan a la filosofía CCD y Familia. Si bien el camino como mencionan algunos profesionales no es fácil y requiere de mayor formación y liderazgo.

Las cinco áreas estudiadas son las condiciones ambientales como el control de luz y ruido, las intervenciones específicas para los cuidados del desarrollo, el manejo del dolor, las políticas con los padres y otros familiares y finalmente la descripción de la unidad.

Respecto a la primera área los resultados son más claros en el manejo de la luz como posible contaminante y estrés frente al ruido donde hay más sensibilidad pero aún no suficiente.

Un 30% de los centros presentan protocolos de trabajo en el control de la luz y un 22% sobre el ruido. Las principales fuentes de ruido para los y las profesionales de las UCIN son la voz de las personas y las alarmas de los monitores.

En algunos centros el uso de sonómetros ha contribuido de forma sustancial a persuadir a sus trabajadores y trabajadoras de un uso más moderado del tono de voz, lo que redundó en una mejora de calidad de sonido y bienestar de entorno. En otros casos hablan de dificultades por máquinas que meten ruido y no se pueden quitar en estos momentos y en algunos centros que no trabajan demasiado este tema se habla de instalaciones antiguas, personas de distintos centros donde aún no ha dado tiempo a hacer una labor de sensibilización personalizada de la unidad en temas medio ambientales.

En cuanto a las condiciones específicas, se destaca el trabajo con los neonatos en cambio postural a lo largo del día cuando los niños están ventilados. Además en general se ofrece el chupete a los niños como maniobra de confort y pocas veces se permite ropa propia para personalizarlos.

La escala que se usa más frecuentemente en la unidad como método de valoración es la de Duvowitz, pero solo en algunos niños, mientras que hay dos centros donde se mide con el NIDCAP a todos los niños de la UCIN.

Por otro lado, la tendencia de los centros es a agrupar los cuidados de enfermería en el área de Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia para favorecer el descanso de los neonatos y períodos de mínima intervención, esto tiene el objetivo de favorecer al máximo el sueño tan necesario en los neonatos.

En cuanto al manejo del dolor, la percepción de varios sanitarios es que es necesario trabajar en este tema de manera prioritaria y además en un centro menciona que en un trabajo realizado con familias la mayor demanda ha sido esta por parte de los padres y las madres de ese servicio. En general hay sensación de falta de formación para observar el dolor en los neonatos. Se habla también de falta de protocolos y de falta de escalas.

La mayoría de los hospitales hablan de cuidado de confort sobre todo en tres prácticas habituales como son la colocación de un drenaje torácico, la punción lumbar y la colocación de una vía periférica.

En cuanto a medidas de confort más usuales se menciona el chupete, la sacarosa oral y el cuidado en la posición. También se marca a la enfermera acariciando y/o sosteniendo a los niños.

En cuanto al uso de analgesia o sedación de forma continua es en la enterocolitis necrotizante en estadio agudo.

El cuarto ámbito de análisis ha sido la política de las familias en los centros. Así actualmente en un 50% de los centros que han trabajado en este proyecto se da la entrada

a los padres y las madres libre durante las 24 horas, si bien luego matiza alguna enfermera diciendo que a veces ellas mismas son "*persuasivas en invitar a las familias a ir a descansar y no pasar la noche en el centro por mayor comodidad percibida suya*".

En cuanto al segundo estudio sobre la percepción de la organización y el trabajo en equipo en función de cómo sea la relación con las familias (entrada restringida, entrada intermedia o entrada libre) los resultados son interesantes ya que destacan la valoración de los líderes en los centros donde hay entrada libre, además hay mayor percepción de la colaboración de la familia desde el primer momento en los cuidados de sus hijos potenciando el vínculo - aspecto que se consolida como idea en el tercer estudio de este trabajo.

En los hospitales donde entra la familia libremente se menciona mejor percepción de cultura de seguridad que además es potenciada por esas direcciones de UCIN. Si bien aparece como negativo el exceso de trabajo en vacaciones, el nivel de estrés percibido y la dificultad para contestar a preguntas de los demás.

No obstante, se perciben como integrados en el servicio y con la sensación de aprendizaje cada día en mayor medida que en los centros donde las familias tienen el acceso restringido.

En cuanto al último diseño presentado en este trabajo los datos son relativos al nivel de satisfacción que es alto en ambas unidades de neonatología estudiadas lo cual concuerda con la percepción del segundo estudio, si bien hay algunos aspectos a mejorar como es el no sentirse suficientemente valorados y la percepción de sentirse cansados al final de la jornada así como la falta de recursos para realizar el trabajo como entienden que sería deseable. Este dato también es congruente con el estudio dos donde se habla de dificultad en vacaciones y de nivel de estrés percibido así como falta de tiempo para responder a preguntas de otros.

En cuanto a la implantación del NIDCAP, el nivel de satisfacción es bueno ya que destacan el bienestar del niño, la capacidad de tolerar la nutrición enteral, la seguridad y de forma relevante la relación de las mamás y los papás con sus bebés en cuanto a mejora de vínculo afectivo.

En cuanto a barreras se habla principalmente de necesidades de tiempo, personal y otro espacio físico. Además mencionan la falta de coordinación entre profesionales y en menor medida detectan a su vez problemas de comunicación entre profesionales y familias.

Líneas de actuación

Las líneas de actuación son bastante claras en el sentido de impulsar los CCD y Familia ya que cada vez son más conocidos sus beneficios si bien la puesta en marcha de cambios es más complejo.

Es necesario socializar las formas de hacer, los protocolos de ruido, luz, dolor. Los beneficios de trabajo con las familias. En este sentido parece que algunas direcciones son complicadas para dinamizar cambios que la evidencia bibliográfica no pone en duda actualmente.

En el trabajo llevado a cabo por este equipo en el 2009 quedaba clara la demanda de las familias con las que se trabajó de querer estar en el proceso de vida de sus bebés desde el comienzo y que además esto les ayudaba de forma clara a afrontar un proceso tan duro como es el nacimiento de un niño o niña prematuro. Los beneficios eran claramente percibidos por las familias de todo tipo de condición social.

En este sentido se destaca la necesidad de estudiar de forma cuantitativa las percepciones de las familias.

Se habla claramente de necesidades de formación en general sobre los CCD y en particular sobre cada una de las áreas. Así sería conveniente el trabajo en el manejo del dolor con seminarios que ayuden a elaborar protocolos de trabajo al igual que con la luz o el ruido.

En cuanto a los sanitarios y su relación con las familias parece adecuado plantearse un ámbito de formación para poder atender mejor sus demandas sin tener percepción de

cansancio o estrés así como intervenir con los grupos de familias para que entre ellas se puedan ayudar dinamizando su conocimiento entre los propios sanitarios.