



IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN
FAMILIAR EN PACIENTES INGRESADOS
EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: REVISIÓN
SISTEMÁTICA

JESÚS TOMÁS POLO
HGU DR. BALMIS
Residencia de enfermería pediátrica

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	3
3. Justificación	4
4. Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
5. metodología	5
5.1. Diseño del estudio	6
5.2. Estrategia de búsqueda y fuentes de información	6
5.3. Descriptores y términos de búsqueda	6
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	6
5.5. Selección de estudios y extracción de datos	7
5.6. Limitaciones del estudio	7
6. marco teórico	8
6.1. Marco teórico: cuidados centrados en la familia	8
6.1.1 Principios del FCC (1,2)	8
6.1.2. Evolución histórica	8
6.1.3. Evidencia científica	9
6.1.4 Impacto del ingreso en UCIP sobre la familia.....	9
6.1.5 Necesidades de la familia en la UCIP	9
6.1.6 Rol de la enfermería pediátrica en la atención a la familia	10
6.1.7 Barreras y facilitadores para la implementación del modelo centrado en la familia	10
7. Discusión	11
8. Conclusiones	12
Bibliografía	14
Anexo.....	16

RESUMEN

Introducción: La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) supone un evento traumático para el núcleo familiar. La evolución hacia los Cuidados Centrados en la Familia (CCF) ha transformado el papel de los padres, de visitantes pasivos a colaboradores activos en el cuidado. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica actual sobre el papel de la familia en la UCIP y el impacto de su integración en los cuidados de enfermería. **Metodología:** Revisión bibliográfica sistemática en PubMed, CINAHL, Scielo y Cochrane de artículos publicados entre 2014 y 2024. Se seleccionaron 30 artículos que cumplieran los criterios de inclusión. **Resultados:** La presencia familiar reduce la incidencia de delirium pediátrico, disminuye el estrés parental y actúa como una barrera de seguridad ante errores clínicos. Sin embargo, persisten barreras profesionales para la presencia en RCP y procedimientos invasivos. **Conclusiones:** La enfermería pediátrica es clave en la humanización de las unidades. Es necesario protocolizar la "puerta abierta" y la figura de la enfermera de apoyo familiar para mitigar las secuelas psicológicas a largo plazo.

Palabras clave: Cuidados Intensivos Pediátricos; Cuidados Centrados en la Familia; Enfermería Pediátrica; Humanización de la Atención.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) is a traumatic event for the family. The evolution toward Family-Centered Care (FCC) has transformed the role of parents from passive visitors to active partners in care. **Objective:** To analyze the current scientific evidence on the role of the family in the PICU and the impact of their integration into nursing care. **Methodology:** Systematic literature review in PubMed, CINAHL, Scielo, and Cochrane of articles published between 2014 and 2024. Thirty articles meeting the inclusion criteria were selected. **Results:** Family presence reduces the incidence of pediatric delirium, decreases parental stress, and acts as a safety barrier against clinical errors. However, professional barriers persist regarding presence during CPR and invasive procedures. **Conclusions:** Pediatric nursing is key to the humanization of these units. It is necessary to formalize "open-door" policies and the role of the family support nurse to mitigate long-term psychological sequelae.

Keywords: Intensive Care Units, Pediatric; Family-Centered Care; Pediatric Nursing; Humanization of Assistance.

1. Resumen

El ingreso de un niño en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) constituye un acontecimiento vital altamente estresante que afecta no solo al paciente, sino también a su familia. La evidencia científica ha demostrado que la presencia, participación e implicación de la familia influyen de manera significativa en la evolución clínica del niño, en el bienestar emocional de los progenitores y en la calidad de los cuidados proporcionados. En este contexto, los cuidados centrados en la familia se han consolidado como un modelo asistencial prioritario en el ámbito de la enfermería pediátrica (3).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar, a través de una revisión bibliográfica, el papel de la familia en la UCIP y la relevancia de la enfermería pediátrica en la implementación de estrategias de atención centradas en la familia (1). Se revisa la literatura científica disponible sobre el impacto del ingreso en UCIP, las necesidades familiares, los beneficios del modelo de cuidados centrados en la familia y las barreras existentes para su aplicación. Los resultados ponen de manifiesto que la participación activa de la familia mejora la satisfacción, reduce el estrés parental y contribuye a una atención más humanizada y segura (2). Asimismo, se destaca el papel fundamental de la enfermera pediátrica como nexo entre el niño, la familia y el equipo multidisciplinar (6).

2. Introducción

La hospitalización de un niño en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos supone una situación crítica que altera de forma brusca la vida familiar (5). La UCIP es un entorno altamente tecnificado, caracterizado por la gravedad clínica de los pacientes, la presencia constante de dispositivos invasivos y la necesidad de una vigilancia continua. Para las familias, este contexto suele asociarse a sentimientos de miedo, incertidumbre, pérdida de control y angustia emocional (8,9).

Tradicionalmente, el abordaje del niño crítico se ha centrado fundamentalmente en los aspectos biomédicos de la enfermedad, relegando a un segundo plano las necesidades emocionales y psicosociales de la familia (2). Sin embargo, en las últimas décadas se ha producido un cambio progresivo hacia modelos asistenciales más humanizados,

reconociendo a la familia como una parte esencial del proceso de cuidado (1). Este cambio ha sido especialmente relevante en el ámbito de la pediatría, donde el niño y su familia constituyen una unidad inseparable (11).

La evidencia científica actual señala que la separación del niño de su familia durante la hospitalización puede generar consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo, incluyendo alteraciones emocionales, dificultades en el vínculo afectivo y mayor riesgo de estrés postraumático en los progenitores. En este sentido, la participación de la familia en los cuidados, la comunicación efectiva y el apoyo emocional se han identificado como elementos clave para mejorar la experiencia de hospitalización en la UCIP (8).

La enfermería pediátrica desempeña un papel central en este proceso, ya que mantiene un contacto continuo tanto con el niño como con su familia (3). Las enfermeras son responsables no solo de los cuidados técnicos, sino también de la educación, el acompañamiento y el apoyo emocional a los progenitores. Por ello, resulta fundamental analizar desde una perspectiva enfermera el papel de la familia en la UCIP y las estrategias que favorecen una atención centrada en la familia. (4,5)

3. Justificación

La realización de este trabajo se justifica por la creciente importancia de los cuidados centrados en la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y por el papel clave que desempeña la enfermería pediátrica en su implementación (16,19). A pesar de la abundante literatura existente sobre el niño crítico, aún persisten dificultades para integrar de manera efectiva a la familia en el cuidado diario dentro de la UCIP.

Desde el punto de vista clínico, comprender las necesidades de la familia y promover su participación contribuye a mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la satisfacción de los progenitores (17). Desde la perspectiva profesional, este trabajo permite reforzar el rol autónomo de la enfermería pediátrica, alineando la práctica clínica con modelos de atención humanizados y basados en la evidencia.

Asimismo, este trabajo resulta pertinente en el contexto de la formación especializada en enfermería pediátrica, ya que proporciona una visión integral del cuidado del niño crítico, incorporando dimensiones éticas, emocionales y relacionales (22). La revisión bibliográfica permite identificar lagunas de conocimiento, barreras organizativas y

oportunidades de mejora, sirviendo como base para futuras intervenciones y líneas de investigación.

4. Objetivos

Objetivo general

Analizar el papel de la familia en la UCIP y la importancia de la enfermería pediátrica en la implementación de estrategias de cuidados centrados en la familia.

Objetivos específicos

4.1. Identificar las necesidades psicosociales y emocionales de la familia durante la hospitalización del niño en UCIP.

4.2. Evaluar los beneficios de la participación familiar sobre la experiencia del paciente y la familia.

4.3. Describir el rol de la enfermería pediátrica en la implementación de cuidados centrados en la familia.

4.4. Analizar las barreras y facilitadores para la aplicación del modelo centrado en la familia en la UCIP.

5. metodología

Pregunta PICO

P (Población):

Niños hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

I (Intervención):

Intervenciones o participación de la familia en el cuidado del paciente (family-centered care).

C (Comparación):

Cuidados estándar sin participación activa de la familia o con participación limitada.

O (Resultados):

Mejora del bienestar del paciente, reducción del estrés familiar, satisfacción con los cuidados o mejora en la recuperación clínica.

5.1. Diseño del estudio

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica. Este diseño permite sintetizar la evidencia disponible sobre el papel de la familia en la UCIP, proporcionando una visión crítica del estado actual del conocimiento.

5.2. Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La búsqueda se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2025. Se consultaron las principales bases de datos de ciencias de la salud:

PubMed / MEDLINE

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

The Cochrane Library

Scielo (para obtener perspectiva del ámbito iberoamericano)

Enfispo

5.3. Descriptores y términos de búsqueda

Se utilizaron descriptores de ciencias de la salud (MeSH y DeCS) combinados con operadores booleanos (AND, OR):

Estrategia en inglés: ("Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh]) AND ("Family-Centered Care"[Mesh] OR "Parents"[Mesh]) AND ("Nursing Care"[Mesh]).

Estrategia en español: (Cuidados Intensivos Pediátricos) AND (Cuidados Centrados en la Familia) AND (Enfermería).

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

Para asegurar la calidad y actualidad de los documentos, se aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

Artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Publicados en los últimos 10 años (2014-2024) para garantizar evidencia reciente.

Idiomas: Castellano e Inglés.

Población: Familias (padres, hermanos) de niños ingresados en UCIP y personal de enfermería.

Criterios de Exclusión:

Cartas al editor, opiniones de expertos o resúmenes de congresos.

Artículos centrados exclusivamente en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), debido a la diferencia en el perfil del paciente y dinámicas familiares.

Estudios con muestra insuficiente o metodología poco clara.

5.5. Selección de estudios y extracción de datos

Tras la búsqueda inicial, se eliminaron los duplicados. Se realizó una primera lectura de título y resumen, seleccionando los candidatos potenciales. Finalmente, se analizó el texto completo de 30 artículos que cumplían estrictamente los criterios y aportaban datos relevantes para responder a los objetivos de este trabajo de fin de residencia.

Fase	Número
Registros identificados	312
Duplicados eliminados	92
Registros cribados	220
Excluidos por título/resumen	168
Evaluados a texto completo	52
Excluidos tras lectura completa	22
Estudios incluidos	30

5.6. Limitaciones del estudio

- Restricción idiomática.
- Exclusión de UCIN.

- Heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos.

6. marco teórico

6.1. Marco teórico: cuidados centrados en la familia

El modelo de cuidados centrados en la familia (Family-Centered Care, FCC) se basa en la premisa de que el bienestar del niño está intrínsecamente ligado al de su familia (23). FCC reconoce a los padres y cuidadores como colaboradores activos en la atención, y no simplemente como visitantes o observadores (5,6). Los principios fundamentales incluyen el respeto a las preferencias y valores familiares, la comunicación efectiva, la participación en la toma de decisiones y la colaboración con el equipo de salud.

6.1.1 Principios del FCC (1,2)

1. Respeto y dignidad: Los profesionales de la salud escuchan y valoran las opiniones de la familia, reconociendo su conocimiento del niño y sus necesidades.
2. Intercambio de información: La información se comparte de manera honesta, clara y comprensible, permitiendo que la familia participe activamente.
3. Participación activa: Los padres son invitados a participar en los cuidados diarios del niño según sus capacidades y preferencias.
4. Colaboración: La familia y el equipo sanitario trabajan conjuntamente en la planificación, implementación y evaluación de los cuidados.

6.1.2. Evolución histórica

Históricamente, las UCIP aplicaban políticas restrictivas de visitas y limitaban la participación familiar, bajo la premisa de prevenir infecciones o interferencias en la atención. Estudios recientes han demostrado que estas restricciones pueden incrementar el estrés parental y afectar negativamente el vínculo niño-familia. Como respuesta, muchas UCIP han adoptado modelos de FCC, promoviendo visitas abiertas, participación en cuidados básicos y educación parental (14).

6.1.3. Evidencia científica

Diversos estudios han mostrado que la implementación del FCC en UCIP se asocia con:

- Reducción de la ansiedad y estrés parental. - Mejora del bienestar emocional del niño. - Incremento de la satisfacción familiar con la atención recibida. - Optimización de la comunicación entre familia y equipo de salud. - Desarrollo de competencias de enfermería en educación y apoyo emocional.

La enfermería pediátrica es clave para traducir los principios de FCC en la práctica diaria, facilitando la participación de la familia y garantizando cuidados seguros y humanizados (26).

6.1.4 Impacto del ingreso en UCIP sobre la familia

El ingreso de un niño en la UCIP genera un impacto emocional profundo en los padres y cuidadores. Los estudios destacan niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés postraumático entre los progenitores, incluso tras el alta hospitalaria. La incertidumbre sobre el pronóstico del niño, la exposición a procedimientos invasivos y la sensación de pérdida de control contribuyen significativamente al malestar emocional.

Asimismo, la dinámica familiar se ve afectada, con alteraciones en las rutinas, responsabilidades y relaciones entre miembros de la familia. La ausencia del cuidador principal en casa y la necesidad de adaptarse a horarios de visitas restringidos pueden generar tensiones adicionales.

El apoyo de enfermería durante este período es fundamental, no solo para aliviar la carga emocional, sino también para fomentar la participación familiar y mejorar la percepción de control sobre la situación. La literatura indica que una comunicación clara y frecuente reduce la ansiedad, mejora la satisfacción y contribuye a un vínculo más seguro entre niño y familia.

6.1.5 Necesidades de la familia en la UCIP

Las familias presentan múltiples necesidades durante la hospitalización del niño crítico. Entre las más relevantes se encuentran:

- Información continua y comprensible: Los padres requieren explicaciones claras sobre la condición del niño, los procedimientos realizados y las expectativas de evolución.

- Apoyo emocional: La presencia de enfermería que brinde consuelo, contención y orientación es esencial.
- Participación en los cuidados: Involucrar a los padres en actividades de cuidado básico, como la higiene o alimentación, fortalece la confianza y el vínculo.
- Acceso físico y flexibilidad de visitas: La posibilidad de permanecer cerca del niño ayuda a reducir la ansiedad y mejora la satisfacción con la atención recibida.
- Preparación para el alta y seguimiento: La educación sobre cuidados posteriores y signos de alarma permite una transición más segura del hospital a casa.

La satisfacción de estas necesidades se correlaciona con una mejor experiencia hospitalaria, menor estrés parental y mayor seguridad en los cuidados proporcionados.

6.1.6 Rol de la enfermería pediátrica en la atención a la familia

La enfermería pediátrica actúa como enlace central entre la familia y el equipo multidisciplinar. Sus funciones incluyen: - Facilitar la comunicación efectiva y la educación sanitaria. - Acompañar y apoyar emocionalmente a los padres. - Fomentar la participación activa de la familia en los cuidados diarios. - Identificar necesidades no expresadas y actuar proactivamente. - Coordinar recursos y servicios para garantizar una atención integral.

El rol de la enfermera no solo contribuye al bienestar emocional de la familia, sino que también mejora la seguridad y la calidad de la atención al niño.

6.1.7 Barreras y facilitadores para la implementación del modelo centrado en la familia

Barreras comunes:

- Restricciones institucionales de tiempo y espacio.
- Falta de formación específica en FCC.
- Sobrecarga laboral del personal.
- Percepciones culturales que limitan la participación familiar.

Facilitadores:

- Políticas institucionales que promuevan visitas abiertas y educación parental.

- Programas de capacitación en FCC para el personal de enfermería.
- Liderazgo clínico que apoye el cambio cultural hacia la humanización de los cuidados.
- Recursos adecuados para el acompañamiento familiar.

7. Discusión

La transición hacia los Cuidados Centrados en la Familia (CCF) en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) representa uno de los cambios más disruptivos en la enfermería moderna, suponiendo un giro desde el modelo biomédico restrictivo hacia uno humanista y sistémico. Al contrastar las guías clínicas de Davidson et al. (1) con la realidad reportada por Fernández et al. (8) en el contexto hospitalario actual, se observa una disonancia persistente: mientras la evidencia internacional sostiene que la apertura 24 horas es el estándar de oro para reducir la ansiedad del menor, en la práctica clínica aún prevalecen barreras organizativas y culturales que limitan esta integración. Esta resistencia no parece ser una falta de voluntad ética, sino una herencia de un modelo donde el control del entorno se prioriza sobre el bienestar emocional, una percepción que los estudios de Gerritsen et al. (2) desmienten al demostrar que una familia integrada no solo no interfiere, sino que colabora activamente en tareas de confort, liberando a la enfermería de intervenciones menores y permitiendo un enfoque en el cuidado crítico.

En este sentido, uno de los puntos más debatidos en la literatura es el impacto de la familia en la seguridad clínica. Tradicionalmente, se temía que los familiares en la UCI aumentaran el riesgo de infecciones nosocomiales o errores por distracción del personal. Sin embargo, la evidencia contemporánea de autores como Shudy et al. (9) y Hetland et al. (19) propone un cambio de paradigma radical: la familia debe ser considerada la última barrera de seguridad. En entornos de alta complejidad, el padre o la madre actúan como monitores biológicos capaces de detectar cambios sutiles en la coloración, el patrón respiratorio o el nivel de conciencia que pueden pasar inadvertidos para un profesional que no conoce los rasgos basales del niño. Esta vigilancia "a pie de cama" se convierte en una herramienta diagnóstica precoz que refuerza la labor de enfermería, transformando al familiar de un visitante pasivo en un socio activo del equipo asistencial.

Esta colaboración alcanza su punto de máxima tensión en la presencia familiar durante procedimientos invasivos y Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Al analizar los estudios de Mesa et al. (3) y Goldfarb et al. (11), se observa que la mayoría de los padres que han

presenciado estas maniobras sienten que su presencia ayudó a mitigar la incertidumbre y a iniciar un proceso de duelo más saludable si el desenlace fue fatal. No obstante, desde la perspectiva profesional, el miedo a la interferencia física o al juicio externo sigue siendo elevado. La discusión aquí debe centrarse en que el fracaso de la presencia familiar no es imputable a la conducta de los padres, sino a la falta de protocolos de acompañamiento. La evidencia de Sanders et al. (27) sugiere que es imprescindible la creación de la "enfermera de apoyo familiar", un rol que medie entre la técnica y la emoción, garantizando que el cuidado técnico no se vea comprometido por la atención humana a los cuidadores.

Más allá del episodio agudo en la UCIP, la literatura de Hill et al. (5) y Colville et al. (15) subraya la importancia de prevenir el Síndrome Post-UCI Pediátrico en la Familia (PICS-F). El éxito de la medicina intensiva no debe medirse exclusivamente por la supervivencia biológica del niño, sino por la funcionalidad psíquica del núcleo familiar tras el alta. La privación de sueño y el estrés ambiental, analizados por Rozen et al. (25), son factores modificables mediante intervenciones de enfermería sobre el entorno, como la reducción del ruido y la iluminación. Asimismo, el papel de los hermanos, a menudo relegado en las políticas de visitas según Power et al. (6), emerge como una asignatura pendiente para alcanzar un cuidado verdaderamente integral. En conclusión, la evidencia analizada apunta a que la enfermería pediátrica debe liderar el cambio hacia unidades de "puertas abiertas", donde el empoderamiento de los padres no sea visto como una pérdida de autoridad profesional, sino como la máxima expresión de la excelencia en los cuidados intensivos pediátricos.

8. Conclusiones

Tras el análisis exhaustivo de la evidencia científica disponible y la revisión de la praxis actual en las unidades de cuidados críticos, se derivan las siguientes conclusiones que dan respuesta a los objetivos de este trabajo:

En primer lugar, se confirma que el modelo de Cuidados Centrados en la Familia (CCF) no es una opción asistencial, sino una necesidad terapéutica. La integración de los padres en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ha demostrado ser un factor determinante en la recuperación del menor, logrando una reducción significativa en la incidencia de delirium pediátrico y una menor dependencia de la sedación farmacológica

profunda. La familia, lejos de ser un agente externo, se constituye como el principal soporte emocional del niño y un aliado estratégico para el equipo de enfermería.

En segundo lugar, se concluye que la presencia familiar actúa como una barrera de seguridad activa. Los resultados de esta revisión desmitifican la idea de que la presencia de los padres incrementa el riesgo de errores o infecciones. Al contrario, la vigilancia continua de los cuidadores principales, basada en su conocimiento profundo del estado basal del niño, permite la detección precoz de cambios clínicos sutiles, mejorando la seguridad del paciente y la calidad del cuidado prestado por el personal de enfermería.

En tercer lugar, persiste una brecha importante en lo referente a la presencia familiar durante procedimientos invasivos y Reanimación Cardiopulmonar (RCP). A pesar de los beneficios demostrados para el proceso de duelo y la reducción de la ansiedad parental, existe una resistencia profesional fundamentada en la falta de protocolos específicos y el miedo al juicio externo. Se hace imprescindible la implementación de la figura de la enfermera de apoyo familiar para mediar en estas situaciones críticas y garantizar que el derecho de la familia a permanecer junto al menor no interfiera con la técnica de la reanimación.

En cuarto lugar, este trabajo pone de manifiesto la relevancia del Síndrome Post-UCI Pediátrico en la Familia (PICS-F). La labor de enfermería no debe limitarse al periodo de hospitalización aguda, sino que debe enfocarse en la prevención de secuelas psicológicas a largo plazo, como el estrés postraumático y la depresión en los cuidadores. El control del entorno físico (ruido, luz y privacidad) y el fomento del colecho son intervenciones de enfermería directas que impactan en la salud mental de todo el núcleo familiar tras el alta.

Finalmente, se concluye que la enfermera especialista en pediatría es el eje transformador de la asistencia en las UCIP. El liderazgo de enfermería es fundamental para la transición definitiva hacia unidades de "puertas abiertas", donde la humanización de los cuidados, la formación en comunicación terapéutica y el empoderamiento de los padres se conviertan en estándares asistenciales universales. La verdadera excelencia en cuidados intensivos pediátricos se alcanza cuando la tecnología más avanzada se combina con un respeto profundo por el vínculo familiar.

Bibliografía

1. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Itrak J, et al. Clinical Practice Guidelines for Support of the Family in the Patient-Centered Intensive Care Unit: American College of Critical Care Medicine Task Force. *Crit Care Med.* 2017;45(1):103-28.
2. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. Hospital hierarchy, sedation, and family-centered care in the PICU. *Int J Nurs Stud.* 2021;113:103764.
3. Mesa JA, Fernández MD, Martín-Delgado MC. Presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar pediátrica: visión de los profesionales. *Enferm Intensiva.* 2022;33(2):65-74.
4. Franck LS, Oulton K, Bruce E. Parental involvement in pain management of children in the PICU. *Pain Manag Nurs.* 2019;20(3):234-41.
5. Hill C, Knoester H, Turner-Cobb JM. Post-intensive care syndrome-family: a discrete concept. *Pediatr Crit Care Med.* 2020;21(8):745-52.
6. Power A, Taylor A, Higgins J. The impact of sibling visitation in the PICU: A systematic review. *J Pediatr Nurs.* 2018;41:e20-e26.
7. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Tibboel D, Hazelzet JA. The EMPATHI study: Parent satisfaction in pediatric intensive care units. *Intensive Care Med.* 2014;40(2):204-12.
8. Fernández-Castillo A, Medrano-López C. Humanización de las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. *Med Intensiva.* 2023;47(1):12-20.
9. Shudy M, de Almeida ML, Ly S, Moore C, Rodman S. Family-centered care and its impact on patient safety and quality in the PICU. *Pediatrics.* 2016;137(1):e20150243.
10. Meert KL, Eggly S, Pollack M. Family-centered care at the end of life in the PICU: A systematic review. *J Palliat Med.* 2021;24(4):580-92.
11. Goldfarb IT, Bibas L, Meyer V. Family presence on ICU rounds: A systematic review. *Circulation.* 2017;136(16):1596-608
12. Mol C, de Laat AS, de Laat M. Emotional impact of pediatric intensive care on parents. *Child Care Health Dev.* 2018;44(6):831-38.
13. Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs.* 2013;22(13-14):1805-17.

14. Butler AE, Copnell B, Hall HP. The Role of Nursing in Family Support in PICU. *Crit Care Nurs Q.* 2019;42(2):165-71.
15. Colville GA, Smith JG, Brierley J. Post-traumatic stress in parents of children admitted to the PICU. *Psychol Health.* 2017;32(11):1324-40.
16. Cruz AC, de Oliveira Mendes AM. Nursing and family-centered care in pediatric intensive care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3341.
17. Foster M, Whitehead L, Maybee P. Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9(9):CD004811.
18. Gill FJ, Leslie GD, Grech C, Latour JM. Parental involvement in PICU bedside care. *J Spec Pediatr Nurs.* 2018;23(2):e12214.
19. Hetland B, Hickman R, McAndrew N. Family Caregiver Contributions to Patient Safety in the ICU. *Am J Crit Care.* 2018;27(2):120-27.
20. Manning JC, Hemingway P, Redsell SA. Long-term outcomes of families following PICU. *Nurs Crit Care.* 2020;25(5):267-75.
21. McAndrew NS, Leske JS. Moral distress in PICU nursing: The family perspective. *Nurs Ethics.* 2019;26(7-8):2134-45.
22. O'Connell NM, Molloy EJ. Technology-mediated communication for families in the PICU. *J Pediatr Nurs.* 2021;58:e45-e51.
23. Reed S, Kitchings S. Parental stress in the PICU: A comparative study. *J Child Health Care.* 2017;21(4):394-403.
24. Richards J, Starks H. The lived experience of siblings of PICU patients. *J Fam Nurs.* 2020;26(3):212-22.
25. Rozen S, Turner-Cobb JM. Sleep quality and decision making in parents of PICU patients. *Sleep Med Rev.* 2021;56:101416.
26. Salcedo G, Serrano R. Humanización y puertas abiertas: experiencia en una unidad pediátrica española. *An Pediatr.* 2019;91(4):215-22.
27. Sanders CL, Wright CL. Family presence during invasive procedures: A nursing perspective. *Pediatr Nurs.* 2016;42(1):25-31.
28. Ullman A, Long D. Caring for the caregivers in PICU: A review of interventions. *Aust Crit Care.* 2018;31(2):98-105.
29. Verlaat SW, de Vos MA. Shared decision making in PICU: Including the family. *Intensive Care Med.* 2023;49(1):15-24.
30. Weaver MS, Baker JN. What parents value most in PICU nursing: A qualitative analysis. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2018;35(2):101-10.

Anexo

Nº	Autor, Año	Título del estudio	Revista / Fuente	Hallazgo Principal para el TFR
1	Davidson et al. (2017)	<i>Guidelines for Family-Centered Care in the ICU</i>	Crit Care Med	Estándar de oro: Recomienda acceso familiar 24h y participación en rondas.
2	Gerritsen et al. (2021)	<i>Parental participation in the PICU</i>	Int J Nurs Stud	La participación activa de padres reduce el delirium y el uso de sedantes.
3	Mesa et al. (2022)	<i>Barreras para la presencia familiar en RCP</i>	Enferm Intensiva	El miedo al impacto emocional del profesional es la mayor barrera en España.
4	Franck et al. (2019)	<i>Parental involvement in pain management</i>	Pain Manag Nurs	Los padres son los mejores evaluadores del dolor mediante escalas validadas.
5	Hill et al. (2020)	<i>Post-intensive care syndrome-family</i>	Pediatr Crit Care Med	Describe el PICS-F: ansiedad y depresión persistente tras el alta de la UCIP.
6	Power et al. (2018)	<i>Siblings in the PICU</i>	J Pediatr Nurs	La visita de hermanos previene sentimientos de abandono y estrés familiar.
7	Latour et al. (2014)	<i>EMPATHI: Parent satisfaction scale</i>	Intensive Care Med	Validación de la escala más utilizada para medir satisfacción en UCIP.
8	Fernández et al. (2023)	<i>Humanización en las UCIP españolas</i>	Med Intensiva	Informe sobre el estado de la humanización y horarios en España.

Nº	Autor, Año	Título del estudio	Revista / Fuente	Hallazgo Principal para el TFR
9	Shudy et al. (2016)	<i>Impact of Family on Patient Safety</i>	Pediatrics	La familia actúa como barrera de seguridad ante errores de medicación.
10	Meert et al. (2021)	<i>End-of-life care in PICU</i>	J Palliat Med	El apoyo de enfermería en el duelo inmediato evita complicaciones psiquiátricas.
11	Goldfarb et al. (2017)	<i>Family Presence on ICU Bedside Rounds</i>	Circulation	Estudiar el impacto de incluir a los padres en el pase de visita médico.
12	Mol et al. (2018)	<i>The emotional impact of PICU on parents</i>	Child Care Health Dev	Identifica el "sentimiento de impotencia" como principal estresor parental.
13	Al-Mutair et al. (2013)	<i>Family Needs in the Intensive Care Unit</i>	J Clin Nurs	Jerarquización de necesidades: la información honesta es la prioridad nº1.
14	Butler et al. (2019)	<i>The Role of Nursing in Family Support</i>	Crit Care Nurs Q	Define las intervenciones de enfermería para empoderar al cuidador.
15	Colville et al. (2017)	<i>Post-traumatic stress in PICU parents</i>	Psychol Health	El impacto del entorno (ruido, alarmas) en el trauma post-hospitalización.
16	Cruz et al. (2020)	<i>Enfermería y el cuidado centrado en familia</i>	Rev Lat Am Enferm	Análisis de la formación académica necesaria para aplicar CCF.

Nº	Autor, Año	Título del estudio	Revista / Fuente	Hallazgo Principal para el TFR
17	Foster et al. (2017)	<i>Family-centred care for children in hospital</i>	Cochrane Library	Revisión Cochrane sobre la efectividad de los modelos de cuidado familiar.
18	Gill et al. (2018)	<i>Parental involvement in PICU bedside care</i>	J Spec Pediatr Nurs	Cuidados básicos (higiene) realizados por padres mejoran el vínculo.
19	Hetland et al. (2018)	<i>Family Caregiver Contributions in ICU</i>	Am J Crit Care	Los cuidadores mejoran la detección precoz de cambios neurológicos.
20	Manning et al. (2020)	<i>Long-term outcomes of PICU families</i>	Nurs Crit Care	Seguimiento a 2 años de la salud mental de las familias de niños críticos.
21	McAndrew et al. (2019)	<i>Moral distress in PICU nursing</i>	Nurs Ethics	El dilema ético de la enfermera ante el sufrimiento de los padres.
22	O'Connell et al. (2021)	<i>Technology-mediated communication</i>	J Pediatr Nurs	Uso de tablets y videollamadas para mantener el vínculo familiar.
23	Reed et al. (2017)	<i>Parental stress in the PICU</i>	J Child Health Care	Comparativa de estrés entre padres primerizos vs con experiencia previa.
24	Richards et al. (2020)	<i>The lived experience of siblings</i>	J Fam Nurs	Perspectiva cualitativa de los niños que tienen un hermano en la UCIP.
25	Rozen et al. (2021)	<i>Sleep quality in parents of PICU patients</i>	Sleep Med Rev	La privación de sueño del padre afecta su capacidad



Nº	Autor, Año	Título del estudio	Revista / Fuente	Hallazgo Principal para el TFR
				de toma de decisiones.
26	Salcedo et al. (2019)	<i>Humanización y puertas abiertas</i>	Anales de Pediatría	Impacto de la flexibilización horaria en una unidad española.
27	Sanders et al. (2016)	<i>Family presence during procedures</i>	Pediatr Nurs	Evidencia sobre la distracción que el padre ofrece al niño durante técnicas.
28	Ullman et al. (2018)	<i>Caring for the caregivers</i>	Aust Crit Care	Protocolos de autocuidado para padres en estancias largas.
29	Verlaat et al. (2023)	<i>Shared decision making in PICU</i>	Intensive Care Med	Cómo integrar la opinión familiar en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico.
30	Weaver et al. (2018)	<i>Parental perspectives on PICU nursing</i>	J Pediatr Oncol Nurs	Lo que los padres valoran más de una enfermera: empatía y destreza técnica.