

Presencia familiar durante los procedimientos invasivos en urgencias de pediatría: opinión de los profesionales

L.I. González Granado, F. Gómez Sáez, V. Pérez Alonso, P. Rojo Conejo

Sección de Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid

Resumen

Introducción: Tradicionalmente no se ha permitido a los familiares permanecer junto a los niños durante la realización de procedimientos invasivos en los servicios de urgencias de pediatría, pero cada vez más quieren estar presentes. El objetivo de este estudio es conocer la opinión sobre este aspecto de los profesionales que trabajan en una sección de urgencias de pediatría.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo. Se distribuyeron encuestas anónimas al personal sanitario que trabaja en la sección de urgencias de pediatría entre los meses de enero y febrero de 2007. Se recogieron datos demográficos y profesionales, y se preguntó respecto a la influencia de la presencia familiar en los niños, los propios familiares y el personal sanitario y sobre quién debe tomar esa decisión. El análisis de los resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

Resultados: Se recogieron un total de 60 encuestas. El 62% de los profesionales considera que la presencia familiar es beneficiosa para el niño, el 26% que lo es para el personal sanitario y el 55% que beneficia a los familiares. El 55% de los encuestados opina que debe ser la persona que realiza el procedimiento quien decida si la familia puede estar o no presente. Si comparamos por grupos, hay variaciones según el escenario clínico por el que se pregunte (colocación de vía periférica, sutura de herida, punción lumbar y reanimación cardiopulmonar) y diferencias estadísticamente significativas según el personal sea médico o no (enfermeros y auxiliares).

Conclusiones: Para el personal sanitario la presencia familiar es favorable, aunque menos cuanto más invasivo es el procedimiento realizado. Hay diferencias entre el personal médico y no médico, y es mucho más frecuente en el primer grupo la consideración de que la presencia familiar es positiva para los niños y que ésta debe producirse, así como que los padres deben participar en la decisión, mientras que el grupo de profesionales no médicos cree con más frecuencia que la decisión debe ser tomada por quien realiza el procedimiento invasivo.

Estos datos deben contrastarse con las opiniones de los familiares para poder establecer una mejor relación entre el personal sanitario y los familiares de nuestros pacientes.

Palabras clave

Presencia familiar, procedimiento invasivo, urgencias, profesional sanitario

Abstract

Title: The opinion of health care workers concerning the presence of relatives during invasive procedures in the pediatric emergency room

Introduction: Relatives are not usually present during invasive procedures in the Pediatric Emergency Room (ER), although an increasing number of them would like to be. Our goal was to find out how the health care workers in the ER felt about the presence of relatives during invasive procedures.

Material and methods: We carried out an observational study based on anonymous questionnaires distributed among the ER professionals during January and February 2007. The data included demographic and occupational questions, as well as their opinion regarding the influence of the presence of relatives during procedures on the children, the families and the health care workers. The data were analyzed using the SPSS 13.0 statistical software package.

Results: Sixty questionnaires were analyzed. Sixty-two percent of the professionals considered that the presence of relatives has beneficial effects on children, 26% considered that it benefited the professionals and 55% that it benefited the relatives. Fifty-five percent of those surveyed considered that the professional should decide whether relatives can be present. When we compared the groups involved, we found differences depending on the clinical scenario (insertion of an intravenous line, wound suturing, lumbar puncture or cardiopulmonary resuscitation). There were also statistical differences when groups of health care workers were compared (physicians versus non-physicians).

Conclusions: Health care workers consider beneficial the presence of relatives during procedures in the ER, although the benefit is lesser in more invasive procedures. The consideration of this presence is better among physicians than among non-physicians.

These data should be compared with the opinion of relatives.

Keywords

Relatives, invasive procedures, parents, emergency room, health care professionals

Introducción

Existe cada vez más evidencia de la necesidad de replantear la clásica relación de carácter paternalista entre el personal sanitario y los pacientes, incluido el interés creciente por la posibilidad de que los familiares estén presentes durante la realización de procedimientos invasivos a los niños atendidos en los servicios de urgencias pediátricas. Cada vez más familias creen que deben participar en la decisión de estar o no presentes durante los procedimientos invasivos, y que ésta no debe ser una decisión unilateral por parte del personal sanitario. Por otra parte, el personal sanitario parece estar mucho menos dispuesto a esta presencia, argumentando que aumenta la ansiedad de los familiares y el niño —así como la del profesional que realiza el procedimiento—, que es preciso emplear mucho tiempo en orientar a los familiares sobre cuál debe ser su papel y que también aumenta el miedo a un incremento en las denuncias. Estos datos han sido revelados por estudios realizados en países de la Unión Europea y Estados Unidos^{1,2}; sin embargo, en la bibliografía médica no hay datos que hagan referencia a nuestro medio.

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias de un hospital terciario sobre la presencia de los familiares durante los procedimientos invasivos, si esta presencia debe o no producirse y quién debe tomar esta decisión.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional mediante la distribución de encuestas anónimas entre el personal sanitario que trabaja en el servicio de urgencias: auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos residentes y médicos de plantilla. Las encuestas se distribuyeron y se recogieron entre los meses de enero y febrero de 2007. En ellas se plantean cuatro escenarios posibles: sutura de herida, colocación de vía periférica, punción lumbar y reanimación cardiopulmonar, con preguntas respecto a la influencia de la presencia familiar en el niño, en los propios familiares y en el personal sanitario, sobre quién debe tomar la decisión de la presencia familiar, así como espacios abiertos para comentarios. Se recogieron datos demográficos sobre edad, sexo, número de años de ejercicio profesional, experiencia en urgencias de pediatría y grupo profesional al que pertenece. La encuesta se diseñaron siguiendo un patrón parecido al utilizado en otros estudios de similares características^{3,4}.

El análisis de los resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 13.0, con medidas de frecuencia para el análisis descriptivo de los datos y la prueba de la χ^2 para el estudio comparativo.

Resultados

Se recogieron un total de 60 encuestas. Los datos demográficos y profesionales se incluyen en la tabla 1.

Hasta un 82% de los encuestados refiere que algún familiar les preguntó en el último año si podía estar presente durante la realización de algún procedimiento invasivo. Del total de profesionales encuestados, el 62% considera que la presencia familiar es beneficiosa para el niño, el 26% que lo es para el personal sanitario y el 55% que

TABLA 1

Datos demográficos y profesionales de los encuestados

<i>Edad</i>	Rango: 25-57 años Mediana: 28 años
<i>Experiencia profesional</i>	
Total	Rango: 1-31 años
Urgencias de pediatría	Mediana: 4 años Rango: 1-25 años Mediana: 4 años
<i>Profesión</i>	(%)
Auxiliar de enfermería	17
Enfermero	31
Médico residente	52
Médico de plantilla	8

beneficia a los familiares. Con respecto a quién debe tomar la decisión de que los familiares estén o no presentes, el 55% de los encuestados opina que debe ser la persona que realiza el procedimiento quien tome esta decisión. Si se exponen los resultados según la profesión ejercida por los encuestados, el 45% de los enfermeros considera la presencia familiar para el niño como positiva, así como el 50% de los auxiliares, mientras que el porcentaje entre los médicos es superior: tanto los de plantilla como los residentes la consideran positiva en el 95% de los casos, excluyendo a los residentes de primer año, entre los cuales se considera que es positiva para el niño en el 60% de los casos. Respecto a los deseos del personal sanitario de que los padres estén presentes durante los procedimientos invasivos, los resultados son variables según el escenario clínico por el que se pregunte, de forma que el 67% del personal no querría que los familiares estuviesen presentes en la colocación de una vía, el 68% en el caso de las suturas, el 63% en las punciones lumbares y el 88% en la reanimación cardiopulmonar (figura 1). Si se comparan los resultados obtenidos entre el personal médico y no médico, el 57% de los médicos considera que los padres deberían participar en la decisión de estar o no presentes en cualquier tipo de procedimiento, frente al 4% del personal no médico ($p < 0,001$). Si la cuestión se refiere a un escenario concreto, el 61% de los médicos frente al 4% del personal no médico cree que podría haber familiares presentes en la colocación de una vía, el 57 frente al 4% en la

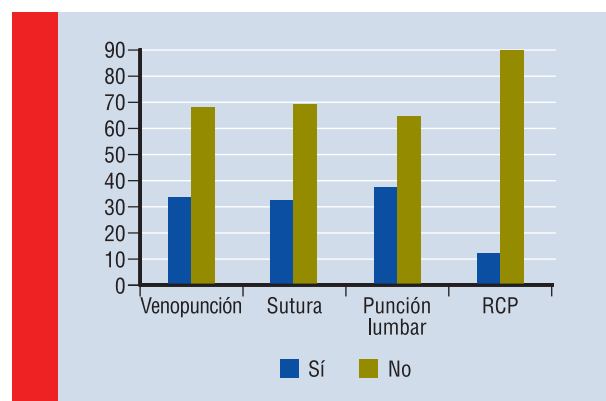


Figura 1. Aceptación de la presencia familiar según el escenario

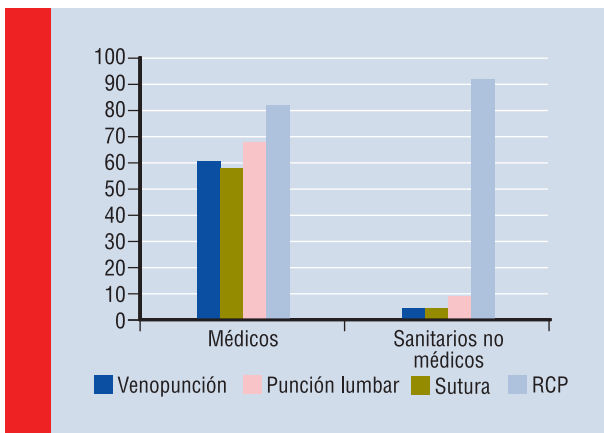


Figura 2. Diferencias según la profesión

realización de una sutura, y el 68 frente al 8% en la punción lumbar, con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos ($p < 0,001$). No se detectaron diferencias significativas en el caso de la reanimación cardiopulmonar, en la que la mayoría rechaza la presencia familiar (el 92 frente al 82%) (figura 2).

Discusión

Los procedimientos invasivos realizados a los niños provocan temor y constituyen una experiencia dolorosa tanto para los niños como para los familiares que los acompañan. Si tenemos en cuenta la opinión de los familiares que acuden acompañando a los servicios de urgencias a los niños, parece que una gran parte de ellos desearía estar presente durante la realización de procedimientos invasivos^{3,4}, dato que se confirma en este estudio.

Aunque en la comunidad científica se está produciendo un gran cambio respecto a los modelos de relación entre el personal sanitario y los pacientes y sus familias, dando un papel cada vez más importante a estos últimos⁵, en nuestro medio todavía en la mayoría de las ocasiones las demandas familiares no se tienen en cuenta, y es únicamente el personal sanitario el que decide quién debe estar presente durante los procedimientos y rechaza la presencia de los familiares. A esto se suma la ausencia de protocolos establecidos en los centros de trabajo: por ejemplo, en Estados Unidos, uno de los países pioneros en presencia familiar, hace unos años sólo el 5% de las unidades de cuidados intensivos o urgencias pediátricas tenían protocolos de aplicación de la presencia familiar⁶, lo que dificulta llevar a cabo estas acciones.

Para intentar determinar las causas de aceptación o rechazo de la presencia familiar, en el estudio se permitía que los participantes expresasen en un espacio abierto los motivos por los que pensaban que los familiares deberían o no estar presentes. La mayoría de los profesionales que consideraban negativa esta presencia argumentaba el incremento de la ansiedad en los familiares, el niño y el profesional, lo que podía entorpecer la correcta realización del procedimiento. Estos datos son absolutamente comparables con los hallados en la bibliografía, en los que se reflejan como argumentos en contra de la

presencia familiar el aumento de la ansiedad, así como la preservación de los derechos de privacidad y confidencialidad del paciente, la afectación en el aprendizaje y el entrenamiento de los profesionales (médicos residentes, estudiantes...) o el aumento del riesgo de consecuencias legales, entre otros^{7,8}. Sin embargo, parece que en los centros en que se permite la presencia familiar no hay un incremento en las denuncias o, como ha demostrado recientemente Nigrovic⁹ en un estudio prospectivo con punciones lumbares, la presencia familiar no incrementa la tasa de fallos ni el número de intentos del procedimiento, datos que ya se habían puesto de relieve previamente^{10,11}.

En el análisis de los datos de nuestro estudio, se muestran tres aspectos fundamentales. En primer lugar, según la situación clínica que se presente, cuanto mayor es la agresividad de la intervención, menos partidario es el personal de que los familiares estén presentes; el ejemplo más claro de ello es la reanimación cardiopulmonar, en la que, según nuestro estudio, el 88% de los profesionales cree que los familiares no deberían estar presentes. Estos datos coinciden con los estudios realizados en otros países, tanto en la opinión de los padres como de los profesionales^{1,7}, aunque parece haber una excepción cuando la cuestión se refiere a la reanimación cardiopulmonar con posibilidad de muerte para el paciente.

Otra cuestión que hay que analizar es la diferencia de opinión entre el personal médico y no médico, de modo que en nuestro estudio, en todas las situaciones excepto en la reanimación cardiopulmonar (en la que no había diferencias), los médicos son más partidarios y creen que es beneficiosa la presencia de los familiares para el niño con más frecuencia que el personal no médico, a pesar de que en general el personal de enfermería es mucho más experimentado (tiene más años de experiencia en urgencias de pediatría) que el personal médico. Estos datos difieren llamativamente de los encontrados en otros estudios, en los que, por una parte, es el personal de enfermería el que está más claramente a favor de la presencia familiar^{8,12} y, por otro lado, es el personal más experto el que está más a favor, aunque parece ser más importante la experiencia en presencia familiar que los años de experiencia profesional¹³. A este respecto, los residentes de primer año tienen una opinión positiva de la presencia familiar con menos frecuencia que el resto de médicos, y el apoyo a la presencia familiar se incrementa según el residente va cobrando más experiencia, dato que coincide con el hallado por Bradford et al.¹⁴. En cualquier caso, parece que la educación del personal sanitario mejora la aceptación de la presencia familiar¹⁵.

En tercer lugar, también hay diferencias entre estos dos grupos sobre quién debe participar en la decisión de estar o no presentes: mientras que el grupo de profesionales médicos cree que los familiares deben ser partícipes de la decisión en un 57%, el grupo de profesionales no médicos cree con más frecuencia que la decisión la debe tomar quien realiza el procedimiento invasivo (sólo el 4% cree que los padres deben participar). Como en el caso anterior, los resultados no se corresponden con los hallados en la bibliografía^{12,16}, ya que el personal de enfermería opina con más frecuencia que debe darse a los familiares la opción de elegir.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar la limitación inherente a las encuestas, ya que se desconoce la veracidad de las respuestas y cuál sería la actitud en una situación real con el com-

ponente emocional y de ansiedad asociado, las limitaciones de la muestra seleccionada y el método de recogida de las encuestas, ya que no se estableció un lugar específico para depositar las encuestas, sino que se recogieron personalmente, lo que pudo generar entre los profesionales dudas sobre la confidencialidad de las respuestas y generar un sesgo que limitara el número de la muestra.

En cualquier caso, no debemos olvidar que la tendencia de las instituciones internacionales, como la Academia Americana de Pediatría (AAP), la Asociación Americana del Corazón (AHA) o la Asociación de Enfermería de Urgencias (ENA), es apoyar y fomentar la presencia de los familiares durante los procedimientos invasivos mediante el establecimiento de políticas y planes concretos en los distintos centros hospitalarios y ambulatorios^{17,18}. Además, ya se han publicado guías sobre la aplicación de la presencia familiar, que se han empleado y evaluado con éxito, cuya utilización se recomienda desde estas instituciones^{19,20}. En nuestro medio habrá que evaluar las opiniones de los profesionales, contrastarlas con las de los familiares mediante la realización de estudios en los que se sondee dicha opinión, y establecer los protocolos necesarios con el fin de mejorar la relación médico-paciente-familiar y, sobre todo, proporcionar la mejor atención posible a nuestros niños.

Conclusiones

En general, la opinión del personal sanitario es favorable a la presencia familiar durante los procedimientos invasivos y cree que es beneficiosa para el niño. Hay diferencias entre el personal médico y no médico: es mucho más frecuente en el primer grupo la consideración de que la presencia familiar es positiva para los niños y que ésta debe producirse, así como que los padres deben participar en la decisión, mientras que en el grupo de profesionales no médicos se cree con más frecuencia que la decisión la debe tomar quien realiza el procedimiento invasivo. En todos los casos, el personal sanitario es menos favorable a la presencia familiar según se incrementa la invasividad del procedimiento que se va a realizar.

Todos estos datos deben considerarse y compararse con los deseos, necesidades y opiniones de los familiares que acompañan a los niños a los servicios de urgencias, para poder avanzar en una mejor relación entre el personal sanitario y los familiares y, por supuesto, mejorar en lo posible la atención que se da a los pacientes pediátricos.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todo el personal que trabaja en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil «12 de Octubre» su desinteresada colaboración en la realización de esta encuesta. ■■■

Bibliografía

1. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med.* 1999; 34: 70-74.

2. Eppich WJ, Arnold LD. Family member presence in the pediatric emergency department. *Curr Opin Pediatr.* 2003; 15: 294-298.
3. Beckman AW, Sloan BK, Brizendine EJ, Boie ET, Knoop KJ, Goldman MJ, et al. Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. *Acad Emerg Med.* 2002; 9: 154-158.
4. Powers KS, Rubenstein JS. Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153: 955-958.
5. American Academy of Pediatrics. Patient and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the Emergency department. *Pediatrics.* 2006; 118: 2.242-2.244.
6. MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2003; 29: 208-221.
7. Fein JA, Ganesh J, Alpern ER. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care.* 2004; 20: 224-227.
8. Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley MA. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. *Pediatrics.* 2007; 120: 842-854.
9. Nigrovic LE, McQueen AA, Neuman MI. Lumbar puncture success rate is not influenced by family-member presence. *Pediatrics.* 2007; 120: e777-e782.
10. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 1996; 98: 861-867.
11. Sachetti A, Paston C, Carraccio C. Family members do not disrupt care when present during invasive procedures. *Acad Emerg Med.* 2005; 12: 477-479.
12. Fullbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey. *Int J Nurs Stud.* 2006; 44: 1.238-1.249.
13. Sachetti A, Carraccio C, Leva E, Harris RH, Lichenstein R. Acceptance of family member presence during pediatric resuscitations in the emergency department: effects of personal experience. *Pediatr Emerg Care.* 2000; 16: 85-87.
14. Bradford KK, Kost S, Selbst SM, Renwick AE, Pratt A. Family member presence for procedures: the resident's perspective. *Amb Pediatr.* 2005; 5: 294-297.
15. Bassler P. The impact of education on nurses' beliefs regarding family presence in a resuscitation room. *J Nurs Staff Dev.* 1999; 15: 126-131.
16. Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families and patients. *Am J Crit Care.* 2007; 16: 270-279.
17. Parkman D, Knapp JF. Report of the national consensus conference on family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation and procedures. *Pediatr Emerg Care.* 2005; 21: 787-791.
18. American Heart Association. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care (II). Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation.* 2000; 102: 1-12.
19. Farah MM, Thomas CA, Shaw KN. Evidence-based guidelines for family presence in the resuscitation room. *Pediatr Emerg Care.* 2007; 23: 587-591.
20. Mangurten JA, Scout SH, Guzzetta CE, Sperry JS, Vinson LA, Hicks BA, et al. Family presence: making room. *Am J Nurs.* 2005; 105: 40-48.