

Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales

GLORIA SANTOS GONZÁLEZ, ROSA JIMÉNEZ TOMÁS, JESÚS SÁNCHEZ ETXANIZ

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces, Barakaldo. Bizkaia, España.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jesús Sánchez Etxaniz
Urgencias de Pediatría
Hospital de Cruces
Plaza de Cruces, s/n
48903 Barakaldo
Bizkaia, España.

FECHA DE RECEPCIÓN:

8-1-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN:

2-2-2010

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno.

Presentado en la XIV Reunión de SEUP, (Zaragoza, Abril 2009); en el IX Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia, (Santander, Mayo 2009); y en el XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Valencia, Noviembre 2009).

Objetivo: Conocer la opinión de familiares y profesionales sobre la presencia de familiares (PF) en los procedimientos realizados en un servicio de urgencias de pediatría (SUP).

Métodos: Se realizaron dos estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas a 200 familiares elegidos aleatoriamente y a 36 profesionales (12 pediatras y 24 enfermeras) del SUP.

Resultados: Entre los familiares, el deseo de presencia fue inversamente proporcional al grado de invasividad (aspiración secreciones 92%, canalización venosa 84%, sedoanalgesia 81%, sondaje vesical 80%, suturas 79%, punción lumbar 66%, maniobras de reanimación pulmonar 44%). Las razones para estar presentes fueron tranquilizar al niño, sufrir menos angustia y vigilar el procedimiento. Y para no estar, interferencia con los profesionales, no tranquilizar al hijo y aumento de su angustia. Un 80% creían que la presencia familiar (PF) podría ser beneficiosa. Entre los profesionales las razones para permitir la fueron la colaboración en la contención emocional y la mejora en la relación con la familia. Y para rechazarla, menor tasa de éxitos, nerviosismo en los profesionales y angustia del familiar. Un 70% opinaron que puede resultar beneficiosa.

Conclusiones: La mayoría de familiares desean estar presentes en los procedimientos realizados en un SUP. Su argumento principal es tranquilizar al niño. Los principales para no estar presentes son la interferencia con los sanitarios y su angustia. La categoría profesional influye en ofertar la PF. La razón principal para ofertarla es la contención emocional; para no hacerlo, la interferencia con la técnica y el aumento de fracasos. La mayoría tanto de familiares como de sanitarios cree que puede ser beneficiosa. [Emergencias 2010;22:175-180]

Palabras clave: Presencia familiar. Procedimientos. Protocolo. Urgencias de pediatría.

Introducción

El modelo de relación entre profesionales y pacientes ha cambiado en las últimas décadas. La transformación del tradicional modelo paternalista en otro centrado en el sujeto y sus familiares les convierte a estos últimos en coprotagonistas del proceso asistencial, que participan junto con los profesionales en la toma de decisiones que afecten a dicho proceso. Este nuevo modelo de atención médica, denominado en la literatura anglosajona como *family-centered care*¹⁻⁴, se basa en una relación directa entre la unidad formada por el sujeto y su familia y los profesionales sanitarios. Se trata al enfermo no sólo como paciente, sino co-

mo persona, en su contexto cultural y familiar, y se busca tratar la enfermedad y ayudarle a superarla desde el ámbito humano.

Este aspecto es particularmente importante en el campo pediátrico, ya que el sujeto es un menor y sus familiares están a menudo angustiados por su enfermedad. El niño debiera ser tratado en su contexto familiar, donde los padres son participantes esenciales en su curación, junto con el equipo de profesionales sanitarios^{2,5,6}.

La presencia de familiares (PF) durante la realización de procedimientos cruentos es un tema controvertido. A pesar de la idea generalizada del beneficio que esto produce tanto en los pacientes como en sus familias, dichos procedimientos se

Llevar a cabo generalmente en lugares donde se les restringe el acceso. Su presencia no es homogéneamente aceptada por todos los profesionales sanitarios^{7,8}. Sin embargo, ningún estudio sobre PF ha demostrado que mantenerles fuera del lugar donde se realizan beneficie a nadie. Por el contrario, los familiares pueden experimentar más exacerbadamente sentimientos de impotencia, ansiedad, pánico y culpa cuando son excluidos⁹⁻¹¹.

En este marco nos planteamos llevar a cabo un estudio con los siguientes objetivos: (1) conocer la opinión de familiares y profesionales sanitarios de nuestro servicio de urgencias de pediatría (UP) sobre la PF durante la realización de diferentes procedimientos, y (2) conocer las razones de la familia y de los profesionales para justificar o rechazar la PF.

Método

Realizamos dos estudios descriptivos transversales y simultáneos, durante el mes de diciembre de 2008, en nuestro SUP. Se trata de una unidad de nivel III o de alto nivel de complejidad, que atiende anualmente alrededor de 63.000 consultas de niños de 0-14 años.

Por un lado, se eligieron de forma aleatoria 200 familiares de niños que acudieron a quienes se les realizó una encuesta anónima semiestructurada, a pie de cama, en la que se describía cada escenario, con el objetivo de aclarar cualquier duda y evitar sesgos involuntarios. Ninguna familia declinó la invitación. En la encuesta se preguntaba:

1. Los datos del encuestado, la relación con el paciente, el número de episodios previos en la SUP y la existencia de alguna enfermedad crónica.

2. Si desearían estar presentes en cada uno de los siguientes procedimientos: aspiración secreciones nasofaríngeas, sondaje vesical, extracción sangre y/o colocación de vía venosa, sutura de heridas, punción lumbar y/o articular, analgesia y sedación y reanimación cardiopulmonar (RCP).

3. Sobre los motivos que fundamentaban su opinión, tanto si la respuesta era afirmativa o negativa.

4. Si habían presenciado previamente algún procedimiento, y si el personal le había ofrecido la posibilidad de haber estado presente.

5. Si creían que su presencia pudiera ser beneficiosa.

Paralelamente, se remitió una encuesta anónima semiestructurada a todos los profesionales del SUP. Fue contestada por 12 pediatras y 24 miembros de enfermería (100 y 75%, respectivamente, del equipo). En ella se preguntaba:

1. La categoría profesional y el tiempo de experiencia en el SUP.

2. Si ofertaban la PF en cada uno de los procedimientos antes especificados.

3. Los motivos que fundamentaban su actitud.

4. Si creían que la PF aportaba beneficios y si había razones que influían en dichos beneficios.

Los datos se recogieron en un programa de gestión de datos (Access). Para el estudio estadístico se utilizó el programa SSPS v. 16.0 para Windows. Las comparaciones entre los grupos con respecto a las variables cualitativas se llevaron a cabo por medio de las tablas de contingencia, que realiza la comparación por medio de la prueba de chi al cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, con cálculo de las *odds ratio* (OR) con el intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Respecto a la familia

El 48% de los niños eran menores de 1 año de edad, mientras que la edad media de los 200 familiares encuestados fue de 32,2 años, la madre era la que acompañaba al paciente en el 74% de los casos. No encontramos relación significativa entre el deseo de estar presente y la frecuentación previa al SUP (un 57% habían acudido previamente), ni con la existencia de enfermedad crónica de los hijos (un 18% de la muestra), pero sí con su nivel de estudios (en las técnicas más cruentas había mayor deseo de presencia en el grupo con nivel superior de estudios). Observamos que el deseo de presenciar los procedimientos es inversamente proporcional a su grado de invasividad, con algunas diferencias según el sexo del familiar (Tabla 1).

En la Tabla 2 se detallan las razones referidas por los familiares para estar o no presentes.

Un 80% de los encuestados creía que su presencia podría ser beneficiosa, sin encontrar relación por sexos ni con la edad del paciente.

Un 10% de los familiares encuestados refirieron no haberseles ofrecido nunca en el SUP la posibilidad de estar presentes en ningún procedimiento cruento. Un 45% habían presenciado más de uno: el 60% habían presenciado alguna vez una extracción sangre, 43% aspiración de secreciones, 25% sondaje vesical, 21% suturar, 7% punción lumbar, 6% procedimientos de sedoanalgesia y 2,5% maniobras de RCP, en clara relación a las prácticas más habituales en nuestro servicio. Los familiares que habían presenciado previamente algún proce-

Tabla 1. Deseo de presencia del familiar por procedimientos

| Procedimiento | Total N = 20 n(%) | Madre N = 149 n(%) | Padre N = 51 n(%) | p | O.R. (IC 95%) ¹ |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|----------|----------------------------|
| Aspiración de secreciones | 185 (92,5) | 137 (91,9) | 48 (94,1) | NS | 1,024 (0,942-1,113) |
| Extracción sangre y/o colocación de vía venosa | 169 (84,5) | 123 (82,5) | 47 (92,1) | NS | 1,126 (1,008-1,256) |
| Sedoanalgesia | 163 (81,5) | 117 (78,5) | 46 (90,2) | p < 0,05 | 1,149 (1,015-1,300) |
| Sondaje vesical | 161 (80,5) | 115 (77,2) | 46 (90,2) | p < 0,05 | 1,169 (1,031-1,325) |
| Suturas | 158 (79) | 112 (75,1) | 46 (90,2) | p = 0,01 | 1,200 (1,054-1,365) |
| Punción lumbar | 132 (66) | 93 (62,4) | 39 (76,4) | p < 0,05 | 1,225 (1,006-1,402) |
| Reanimación cardiopulmonar | 89 (44,5) | 59 (39,6) | 30 (58,8) | p = 0,01 | 1,486 (1,097-2,012) |

¹Se ha asignado la categoría de referencia a "madre" y se le ha consignado un valor 1, de manera que la OR se refiere a la categoría "padre" en relación a la categoría "madre".

Tabla 2. Razones de los padres para justificar o rechazar su presencia**Justificar la presencia**

- Contención emocional/tranquilizar al niño: **84%** (sobre todo en > 1 año).
- El familiar sufre menos angustia al acompañar al niño: **57%** (sobre todo en < 1 año).
- Vigilar el procedimiento y/o material: **10%**.

Rechazar la presencia

- Interferir con los profesionales: **34%**.
- No contención emocional/no tranquilizan al niño: **27%** (sobre todo en < 1 año).
- Angustia del familiar: **23%** (sobre todo en < 2 años).

dimiento, respecto a los que no, manifestaban mayor deseo de presenciar cualquier procedimiento de forma significativa, excepto en el caso de aspiración de secreciones (Tabla 3).

Respecto a los profesionales

En nuestro servicio, a la hora de ofertar a los familiares su presencia en los procedimientos hemos encontrado una relación con la categoría profesional. Los pediatras la ofertan actualmente en un 100% y en todas las técnicas. Entre la enfermería el porcentaje es inferior y muy dependiente de la técnica que realizan, según se puede apreciar en la Tabla 4, aunque sin relación con el tiempo de experiencia en el servicio. Las razones argumentadas para permitir/rechazar la PF se detallan en la Tabla 5.

Un 70% de los profesionales encuestados opinaron que la PF puede resultar beneficiosa, esta opinión era más frecuente entre los pediatras que en enfermería (100% vs 48%, p = 0,002). Hay coincidencia en resaltar que existen factores previos que influyen en el mayor grado de beneficio, como son la actitud colaboradora de los padres y la mayor edad del paciente.

Discusión

En los SUP se realizan diariamente procedimientos y técnicas con diferente grado de invasividad que generan dolor y ansiedad tanto en el niño como en sus familiares. Esta situación de estrés aumenta si separamos al niño de sus familiares, ya que éstos constituyen su único referente en un ambiente hostil y rodeado de personas desconocidas. Las instituciones sanitarias tradicionalmente no han permitido a los familiares permanecer junto al paciente cuando se le realizaba algún procedimiento, debido a una actitud paternalista del personal sanitario que suponía que dicha presencia podría influir de forma negativa en la correcta ejecución de la técnica¹². Pero desde hace unos años se está dando cada vez más importancia a los cuidados centrados en el paciente y su entorno familiar^{1-4,7,9,13}. Se trata de reconocer el pa-

Tabla 3. Deseo de presencia del familiar en función de si ha presenciado previamente en alguna ocasión procedimientos en su allegado

| Procedimiento | No ha presenciado previamente procedimientos N = 21 n(%) | Sí ha presenciado previamente procedimientos N = 179 n(%) | p | O.R. (IC 95%) ¹ |
|--|---|--|-----------|----------------------------|
| Aspiración de secreciones | 17 (80,9) | 168 (93,8) | NS | 0,863 (0,699-1,065) |
| Extracción sangre y/o colocación de vía venosa | 10 (47,6) | 160 (89,3) | p < 0,001 | 8,745 (3,300-23,172) |
| Sondaje vesical | 9 (42,8) | 152 (84,9) | p < 0,001 | 7,506 (2,885-19,531) |
| Suturas | 9 (42,8) | 149 (83,2) | p < 0,001 | 6,622 (2,563-17,108) |
| Punción lumbar | 6 (28,5) | 125 (69,8) | p < 0,001 | 5,943 (2,187-16,150) |
| Sedoanalgesia | 9 (42,8) | 154 (86) | p < 0,001 | 8,213 (3,138-21,495) |
| Reanimación cardiopulmonar | 5 (23,8) | 84 (46,9) | p = 0,035 | 2,829 (0,994-8,055) |

¹Se ha asignado la categoría de referencia a "No ha presenciado previamente procedimientos" y se le ha consignado un valor 1, de manera que la OR se refiere a la categoría "Sí ha presenciado previamente procedimientos" en relación a la categoría "No ha presenciado previamente procedimientos".

Tabla 4. Oferta de presencia familiar entre la enfermería por procedimientos

| | |
|---|-------|
| – Aspiración de secreciones: | 70,8% |
| – Suturas: | 50% |
| – Sondaje vesical: | 45,8% |
| – Extracción sangre y/o colocación de vía venosa: | 37,5% |

pel de la familia como ente capaz de proveer cuidados al niño enfermo y apoyar su incorporación como miembro activo del equipo de salud. En este contexto, la PF durante los procedimientos invasivos es una pieza fundamental para llevar a cabo esta filosofía de atención sanitaria.

Es difícil evaluar el beneficio que la PF genera en el niño, sobre todo en edades tempranas, debido a la dificultad para cuantificar el grado de dolor y ansiedad vinculada a la maniobra. La primera medida no farmacológica para el tratamiento del dolor agudo consiste en lograr que el paciente esté lo más tranquilo posible, lo que implica necesariamente eliminar la ansiedad de separación del niño de sus familiares¹⁴⁻¹⁶.

Hay numerosos estudios que contemplan el interés por parte de los padres de permanecer junto al niño incluso en los procedimientos de máxima invasividad, como pueden ser maniobras de RCP^{14,17,18}. Como hemos podido comprobar en nuestro estudio, cuando a los padres se les ofrece la posibilidad de acompañar a sus hijos la mayoría responden afirmativamente, siendo esta respuesta menor en los procedimientos más cruentos, y mayor cuando han presenciado previamente procedimientos similares. La respuesta positiva se argumenta principalmente en el deseo de contener emocionalmente al niño con el fin de tranquilizarle, especialmente si es mayor de un año. También reduce la ansiedad que les genera a los padres no estar presentes: presenciar la maniobra les permite comprobar en todo momento el estado en el que se encuentran sus hijos y qué les está pasando, valorando así la magnitud y dificultad de la técnica. Incluso en el escenario más cruento, la RCP, el 44% de nuestra serie desea estar presente. En estudios previos al respecto, los familiares aducen que agradecen ser testigos directos de que se ha hecho todo lo posible por salvar a su hijo y que si el desenlace es fatal les facilita el duelo^{7,17,18}. En general, la PF en procedimientos es considerada como beneficiosa para el niño por la mayoría de los padres consultados en estudios previos^{17,19-21}. Pero algunos padres también deciden no acompañar a sus hijos. Sus principales argumentos son la sensación de interferencia con la labor de los profesionales (quienes en ocasiones quizás seamos los que les transmitamos esta idea); el trauma emocional

Tabla 5. Razones de los profesionales para justificar o rechazar presencia familiar

| | |
|---|-----|
| Justificar la presencia | |
| • Padres colaboran en contención emocional del niño: | 55% |
| • Su presencia mejora nuestra relación con la familia: | 30% |
| • Su presencia permite comprender la magnitud del esfuerzo: | 22% |
| Rechazar la presencia | |
| • Interferencia, no éxito en la consecución de la técnica: | 27% |
| • Ansiedad y nerviosismo en profesionales: | 11% |
| • Angustia trauma del familiar: | 11% |

y la angustia que a ellos les genera presenciar el procedimiento (importante tenerlo en cuenta para ofrecerlo pero no imponerlo); y la imposibilidad de contención emocional del hijo, especialmente cuando éste es menor de un año. La visión del personal sanitario es el aspecto que ha generado mayor controversia. Aunque la mayoría de las instituciones y hospitales no tienen reglamentaciones o normas escritas acerca de este tema^{2,21}, una parte de los profesionales sanitarios permite la PF, con una relación inversa entre ésta y la invasividad del procedimiento. Pero no todo el personal oferta y facilita que los padres acompañen a sus hijos: un 10% de los padres encuestados en nuestro servicio manifiesta que no se les ha ofrecido nunca la posibilidad de estar presentes. En estudios previos^{5,22,23}, el personal médico se ha mostrado más reticente que el de enfermería a permitir la presencia de familiares. En nuestro estudio, al igual que el de González et al.²⁴, ha sido al revés, quizás por la gran concienciación en este campo del personal médico, que lo tiene como norma en todo tipo de procedimientos. Permitir la PF rompe con el modelo tradicional de asistencia sanitaria y, como todos los cambios, éste no es asumido de igual forma por todos los profesionales. Ya ha sido referido que en los centros en donde la PF es habitual, esta práctica es mejor tolerada por los profesionales que en donde se realiza esporádicamente²⁵.

La mayoría de nuestros profesionales consideró beneficioso para el paciente, la familia y el propio equipo que los padres estuvieran presentes y colaboraran en la contención emocional del niño, como ya se ha referido en otros estudios¹⁶. Otras ventajas señaladas fueron la mejora de las relaciones entre equipo de salud y familia y la posibilidad de comprender la magnitud y el esfuerzo de nuestro trabajo por parte de los familiares. Los motivos que se argumentaron en contra tienen que ver sobre todo con el aumento del nivel de ansiedad generado en la sala de procedimientos tanto para el equipo sanitario como para los acompañantes, con la dudosa colaboración por parte de algunos de ellos y con la posibilidad de malos resultados por interferencia familiar^{5,7,23}. Sin

embargo, en estudios publicados no se ha confirmado que eso ocurra realmente^{21,26,27}. En cualquier caso se debe respetar la objeción de conciencia de los profesionales si la presencia familiar les incomoda y les hace disminuir su destreza, y delegar en otros compañeros la realización de la técnica hasta que esta práctica esté plenamente normalizada.

Este trabajo nos ha permitido conocer la opinión tanto de los profesionales de nuestro SUP como de los padres respecto a la PF en los procedimientos que realizamos. Evaluar las actitudes y preocupaciones de los miembros del equipo es un primer paso importante al formular cualquier protocolo sobre PF, como aconsejan distintas sociedades médicas y de enfermería^{2,3,9,13}. Posteriormente hemos trabajado en la elaboración de un protocolo consensado (Tabla 6). Esperamos que este acuerdo multidisciplinario nos ayude a identificar cuándo y cómo ofrecer la opción de PF.

Sería deseable que se incrementaran la discusión, el análisis y la investigación en este campo para promover que un mayor número de profesionales permita y facilite la PF en los diversos procedimientos, y así conseguir que la familia participe de forma activa en el proceso de atención a su hijo.

Este trabajo tiene una serie de limitaciones: es un estudio observacional, descriptivo, basado en las respuestas libres a dos encuestas anónimas, por lo que no podemos garantizar que respondan realmente a la opinión de los entrevistados. Aunque la muestra de los familiares se eligió aleatoriamente, tampoco podemos garantizar que refleje fielmente la opinión de los padres que acuden a nuestro SUP. Entre el personal de enfermería sólo respondió el 75% de los encuestados, por lo que no podemos asegurar que refleje exactamente la opinión de todos. Finalmente, no disponemos de un registro por procedimientos en el que quede reflejado el porcentaje real de presencia familiar.

En consecuencia, nuestras conclusiones son:

1. La mayoría de familiares desean estar presentes en los procedimientos realizados en SUP. Su argumento principal es tranquilizar al niño. Los principales para no estar presentes son la interferencia con los sanitarios y su angustia.

2. La categoría profesional influye en la oferta de PF en nuestro SUP. La justificación principal para ofertarla es la contención emocional en la que colaboran los padres. La sensación/temor de una posible interferencia de los padres durante la técnica y aumento de fracasos son los argumentos en contra.

3. La mayoría, tanto de familiares como de sanitarios, cree que la PF puede ser beneficiosa.

Tabla 6. Protocolo de "Presencia familiar en procedimientos cruentos"

1. Informar a los familiares la indicación del procedimiento, y en qué consiste.
2. Ofertar siempre su presencia y preguntarles acerca de su decisión, respetando cualquiera que sea, y tener en cuenta que es una opción y no una obligación.
3. Valorar que la actitud del familiar sea colaboradora: su presencia no debe interferir con el cuidado del paciente, considerar siempre la seguridad del equipo. En todo momento se le puede excluir si presenta un comportamiento no cooperativo, molesto, agresivo, con pérdida de autocontrol o está bajo la influencia de alcohol/drogas.
4. Respetar la objeción de conciencia del profesional sanitario: si no desea realizar la técnica con el familiar presente, delegará en otro compañero.
5. En los procesos muy cruentos, como RCP, un profesional acompañará a la familia e irá explicando lo que se está realizando.

RCP: reanimación cardiopulmonar.

4. Es recomendable establecer un protocolo consensado que ayude a identificar cuándo y cómo ofrecer la opción de PF en los procedimientos realizados en los SUP.

Bibliografía

- 1 American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112:691-6.
- 2 Parra Cotanda C, Luaces Cubells C, Pou Fernández J. ¿Deberían estar presentes los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias? *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:293-6.
- 3 O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2008;122:e511-21.
- 4 Brown K, Mace SE, Dietrich AM, Knazik S, Schamban NE. Patient and family-centered care for pediatric patients in the emergency department. *CJEM*. 2008;10:38-43.
- 5 Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley M. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: A systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2007;120:842-54.
- 6 Smith RW, Shah V, Goldman R, Taddio A. Caregivers' responses to pain in their children in the emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:578-82.
- 7 Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence during Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21:787-91.
- 8 Halm MA. Family presence during resuscitation: A critical review of the literature. *Am J Crit Care*. 2005;14:494-511.
- 9 Emergency Nurses Association. Presenting the option for family presence (1995 and 2001). The ENA position statement, Family Presence at the bedside during invasive procedures and/or resuscitation (2005). The Emergency Nurses Association, 915 Lee Street, Des Plaines, IL, 60016. (Consultado 6 Octubre 2009). Disponible en: <http://www.ena.org/about/position/PDFs/SF118F5052C>.
- 10 Marrone L, Fogg C. Family presence during resuscitation: Are policies allowing family into the trauma room humane and necessary, or just asking for trouble? *Nursing*. 2005;35:21-2.
- 11 Blair P. Is family presence practical during emergency resuscitation? *Nursing Management*. 2004;35:20-3.
- 12 Tan M, Tan H, Büyükcavci M, Karakelleoglu C. Parent's attitudes toward performance of lumbar puncture on their children. *J Pediatr*. 2004;144:400-2.
- 13 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. (Consultado 6 Octubre 2009). Disponible en: <http://www.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics/118/5/2242>.
- 14 Khan KA. Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Canadian Pain Management*. 2007;8:240-7.

- 15 Fein JA, Ganesh J, Alpern ER. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20:224-7.
 - 16 Clark AP, Aldridge MD, Guzzetta CE. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005;17:23-32.
 - 17 Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González Granado LI, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿Los familiares prefieren estar presentes? *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:230-4.
 - 18 Powers KS, Rubenstein JS. Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit: a prospective study. *Arch Pediatr Adolescent Med* 1999;9:955-8.
 - 19 Piira T, Sugiura T, Champion GD, Donnelly N, Cole A. The role of parenteral presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2005;31:233-43.
 - 20 Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: A critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med*. 2002;40:193-205.
 - 21 Dudley NC, Hansen KW, Furnival RA, Donaldson AE, Van Wagenen KL, Scaife ER. The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. *Ann Emerg Med*. 2009;53:777-84.
 - 22 Mangurten J, Scott S, Guzzetta C. Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *J Emerg Nurs*. 2006;32:225-33.
 - 23 Egemen A, Ikizoglu T, Karapinar B, Cosar H, Karapinar D. Parenteral presence during invasive procedures and resuscitation. Attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatr Emerg Care*. 2006;22:230-4.
 - 24 González Granado LI, Gómez Sáez F, Pérez Alonso V, Rojo Conejo P. Presencia familiar durante los procesos invasivos en urgencias de pediatría: opinión de los profesionales. *Act Pediatr Esp*. 2008;66:225-8.
 - 25 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;6:85-7.
 - 26 O'Connell KJ, Farah MM, Spandorfer P. Family presence during pediatric trauma team activation: an assessment of a structured program. *Pediatrics*. 2007;120:e565-e574.
 - 27 Sachetti A, Paston C, Carraccio C. Family members do not disrupt care when present during invasive procedures. *Acad Emerg Med*. 2005;12:477-9.
-

Family presence during pediatric emergency procedures: the perspectives of family and medical staff

Santos González G, Jiménez Tomás R, Sánchez Etxaniz J

Objective: To determine the opinions of family members and health care staff regarding the presence of the family during procedures carried out in our pediatric emergency department.

Methods: Two cross-sectional surveys were performed. Semistructured questionnaires were answered by 200 randomly selected families and by 36 health-care professionals (12 pediatricians and 24 nurses) on our pediatric staff.

Results: Among the families, the desire to be present was inversely proportional to the invasiveness of the procedure: aspiration of secretions, 92%; venous catheterization, 84%; sedation and analgesia, 81%; bladder catheterization, 80%; sutures, 79%; lumbar puncture, 66%; and cardiopulmonary resuscitation maneuvers, 44%. The families' reasons for being present included calming the child, suffering less anxiety, and watching over the procedure. Reasons for not being present included not interfering with the professionals' work, not being a calming influence on the child, and suffering greater anxiety. Eighty percent thought that the family's presence could be beneficial. The professionals' reasons for allowing family to be present included containing the child's emotional response and improving relations with the family. Reasons for refusing family presence included a reduced success rate, staff nervousness, and family anxiety. Seventy percent of the professionals thought that the family's presence could be beneficial.

Conclusions: Most families desire to be present during pediatric department procedures, mainly in order to calm the child. Reasons for not wanting to be present are to avoid interfering and feeling more anxious. The professional's status influences whether or not family presence is allowed. The main reason for allowing presence is to help curb the child's emotional response. The reason for refusing is to avoid interference with the procedure and to prevent an increase in the failure rate. Most families and most staff believe that the family's presence can be beneficial. [*Emergencias* 2010;22:175-180]

Key words: Family presence. Procedures. Protocol. Pediatric emergency health services.