



7° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría
6° Jornadas de Enfermería en Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría
5° Jornadas de Kinesiología en Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría
10, 11, 12 y 13 de septiembre de 2014



Mesa Redonda:
Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI
Viernes 12 de Septiembre - 16.15 a 17:45

Cuidado Centrado en la Familia

Carolina Astoul Bonorino – caroastoulb@hotmail.com
Lic. en Enfermería
Universidad Austral – Hospital Universitario Austral

¿Qué entendemos por Cuidar?

- Ocuparse de una persona, animal o cosa que requiere de algún tipo de atención o asistencia, estando pendiente de sus necesidades y proporcionándole lo necesario para que esté bien o esté en buen estado.
- Procurar, a una cosa o persona, la vigilancia o las atenciones necesarias para evitarle algún mal o peligro.

Internación conjunta: un avance para la Pediatría argentina

Lic. Mónica García Barthe

Rev Hosp Niños BAires - Volumen 49 - Nº 225 Diciembre 2007

A lo largo del siglo XX, la Pediatría en la Argentina realizó avances muy importantes. Uno de ellos fue la implementación de la internación conjunta de la madre junto con su hijo, hecho que actualmente nos resulta natural, pero que, hace unos 50 años, constituyó una innovación muy importante.

ción de la madre junto al niño como condición necesaria. En sus inicios, los niños eran cuidados por personal religioso y sus madres los visitaban algunas horas en el día. Luego, se comenzó a capacitar a las enfermeras para que se ocuparan de su cuidado. Finalmente, en 1958,

En 1945, René Spitz describió el hospitalismo como *“...aquel estado de alteración profunda, física y psíquica, que se instala progresivamente en los niños muy pequeños durante los primeros dieciocho meses de vida, si son abandonados o permanecen durante un lapso prolongado en una institución hospitalaria”*. El factor principal de esta condición era la privación de un vínculo afectivo fuerte, especialmente el vínculo con la madre, debido a la institucionalización. *“El hospitalismo...”* escriben Escardó y Giberti en 1964 *“...es, pues, la organización institucional de la carencia afectiva”*.

por otros. Dos tipos de argumentos se esgrimieron para oponerse a ella: que la circulación de las madres por las Salas obstaculizaría el accionar médico y que traería mayor incidencia de infecciones intrahospitalarias. Si bien no era explicitado, el mayor temor del sector del cuer-

dre junto al niño, constituyó un avance fundamental. Rescatamos la historia para pensar el futuro.

De cara al siglo XXI, con grandes potencialidades en cuanto a su capacidad científica y tecnológica, se hacen imprescindibles para la Pediatría la reflexión ética y los entrecruzamientos disciplinarios con otras disciplinas vinculadas a la infancia, tanto médicas como no médicas (especialidades pediátricas, genética, pedagogía, psicología, psicoanálisis, antropología, sociología, comunicación, entre otras).

Family Presence: Evidence Versus Tradition

Diana J. Mason

AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE, May 2003, Volume 12, No. 3

Despite a growing movement in support of family presence, many physicians and others in healthcare continue to resist adopting the practice. Major arguments against it include the following:

- Not enough research supports making a change in practice. The truth is that no evidence supports the tradition of keeping patients' family members out of the room during invasive procedures. Also, more than 10 years of research indicate that patients, healthcare providers, and patients' family members find family presence beneficial. The only significant data against the practice come from surveys^{11,14} of physicians' attitudes toward family presence, which indicate that most physicians oppose the practice. However, exposure to a well-designed approach to family presence can change physicians' opinions. Physicians at Parkland Hospital who participated in the study by Meyers et al¹² became supporters of family presence and subsequently backed the hospital's adoption of a written policy permitting the practice.

A pesar del movimiento en fomentar la presencia de la familia, muchos médicos y otros profesionales de la salud, continúan resistiéndose a adoptar esta práctica. Los **principales argumentos:**

No hay demasiada evidencia que avale un cambio de práctica. Pero lo cierto es que no hay evidencia que avale la tradición de dejar a la familia fuera de la unidad durante un procedimiento. Incluso, más de 10 años de evidencia indican que los pacientes, proveedores de salud y miembros de la familia encuentran la presencia de la familia algo beneficioso.

La única evidencia significativa en contra proviene de estudios que hablan de las actitudes de los médicos hacia la presencia de familiares, indicando que estos se oponen a esta práctica.

• Family presence will increase the number of malpractice lawsuits. On the contrary, providers at Foote Hospital, Parkland Hospital, and other hospitals say that the number does not increase. Family presence allows the development of a strong bond between patients' family members and healthcare staff, making lawsuits unlikely. In the study by Meyers et al,¹² family members said they were able to see that staff did everything that could be done to help the families' loved ones.

La presencia de familiares aumentará las **demandas judiciales**. Por el contrario, Parkland Hospital y otros reportan que el nro de demandas no aumentó. La presencia de la familia permite el desarrollo de un lazo fuerte entre la familia y los profesionales....

Meyers y col: la familia dice que fueron capaces de ver que el staff realizó todo lo que estaba a su alcance.

• Nurses and physicians cannot agree on the issue. Helmer et al¹¹ found that nurses were more supportive of family presence than were physicians who had not experienced it; the authors concluded that changes in policy should not be made until nurses and physicians are in agreement. Educating physicians, nurses, administrators, and others about the practice is the key. In 1993, the Emergency Nurses Association

Enfermeros y médicos no llegan a un acuerdo en este tema. Helmer y col encontraron que las enfermeras apoyaron más la presencia de la familia que los médicos que no lo habían experimentado. Los autores concluyen que cambios de políticas no deberían hacerse hasta que médicos y enfermeros lleguen a un acuerdo.

Concepto de Cuidado Centrado en la Familia

Los principios del cuidado centrado en la familia son conocidos pero no se implementan en la práctica diaria en forma consistente. Latour JM Nurs Crit Care 2005

Definición

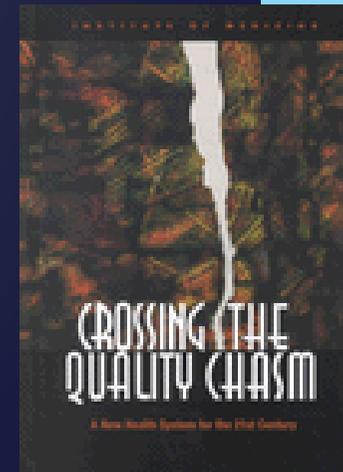
El soporte profesional a los niños y familias para atravesar un proceso de involucrarse, participar, y rol paterno, basado en fortalecimiento de su rol y la negociación.

Smith et al. 2002

Cuidado Centrado en la Familia desde la Calidad

- Objetivos de la mejora de calidad:
 1. Seguridad
 2. Efectividad
 - 3. Cuidado Centrado en la Familia**
 4. Temporalidad
 5. Eficiencia
 6. Equidad

Committee on Quality of Health Care in America, 2001
Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century



Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

Judy E. Davidson, RN, FCCM; Karen Powers, MD; Kamyar M. Hedayat, MD; Mark Tieszen, MD, FCCM; Alexander A. Kon, MD, FCCM; Eric Shepard, MD, FCCM; Vicki Spuhler, RN, MS, CCRN; I. David Todres, MD, FCCM; Mitchell Levy, MD, FCCM; Juliana Barr, MD, FCCM; Raj Ghandi, MD, FCCM; Gregory Hirsch, MD; Deborah Armstrong, PharmD, FCCM

Crit Care Med 2007; 35:605-622

Objetivo: desarrollar guías de práctica clínica para el soporte de paciente y familia en una unidad de cuidados críticos del adulto, del niño y del neonato centradas en la familia.

Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

Judy E. Davidson, RN, FCCM; Karen Powers, MD; Kamyar M. Hedayat, MD; Mark Tieszen, MD, FCCM;

- Toma de decisiones.
- Afrontamiento familiar
- Stress del personal relacionada con la interacción familiar
- Soporte cultural a la familia
- Soporte espiritual y religioso
- Visitas de las familias
- Entorno familiar de cuidado
- Presencia de la familia en los pases de sala
- Presencia de la familia en RCP
- Cuidados paliativos

43
Recomendaciones

Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation: A Systematic Review of the Literature

R. Scott Dingeman, MD^{a,b}, Elizabeth A. Mitchell, BS^c, Elaine C. Meyer, RN, PhD^{d,e}, Martha A. Q. Curley, RN, PhD, FAAN^{c,f}

^aDepartment of Anesthesiology, Perioperative and Pain Medicine, ^cCardiovascular and Critical Care Nursing Program, and ^dInstitute for Professionalism and Ethical Practice, ^eDepartment of Pediatrics, and ^fDepartment of Anesthesiology, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Hicimos una revisión sistemática de la literatura sobre la presencia de los padres durante procedimientos pediátricos invasivos complejos y/o RCP. Identificamos 15 estudios con los criterios de inclusión.

We conducted a systematic review of the literature on parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation (CPR). We identified 15 studies that met our inclusion criteria. All studies were summarized chronologically according to level of evidence.

The studies all demonstrated that parents prefer to have the choice about whether they remain at their child's side during

Los padres prefieren tener la opción de poder elegir quedarse al lado de sus hijos durante un procedimiento invasivo y resucitación, pero también revelaron aprehensión y controversia en los médicos respecto de este tema.

complex invasive procedures and CPR. The studies all demonstrated that parents prefer to have the choice about whether they remain at their child's side during

¿Y qué estamos haciendo en Argentina?

- Publicaciones.
- ¿Políticas de visita?
- ¿Cuanto están los padres con sus niños en las unidades de cuidados intensivos?

Opinión de los padres y cuidadores de niños internados acerca de su presencia durante la realización de procedimientos invasivos

Opinion of parents and caregivers of interned children about their presence during the realization of invasive procedures

Dres. Rodolfo P. Moreno, Santiago Ayala Torales*, Cristian García Roig*, José L. Araguas*, Gustavo Caprotta** , Adriana Carbone*, Sol Pérez*, Florencia Scheller*, Juan Sciarrota** y Guillermo E. Moreno****

Objetivos. 1. Conocer la opinión de los padres y cuidadores de niños internados acerca de su presencia durante la realización de procedimientos invasivos. 2. Conocer los motivos para justificar o rechazar la presencia.

TABLA N° 1: Perfil demográfico de la población encuestada

Características	Número y (%)
Edad: • Media / DE	33,75 años ± 11,04
• Mediana	32,5 años
pc 25	26 años
pc 75	40 años
Sexo	Femenino 139 (80,81) Masculino 33 (19,19)
Estado civil	Casados: 87 (50,58) Solteros: 79 (45,93) Separados - divorciados: 4 (2,33) Viudos: 2 (1,16)
Estudios	Universitario completo: 27 (17,70) Universitario incompleto: 8 (4,65) Secundario completo: 34 (19,77) Secundario incompleto: 37 (21,51) Primario completo: 52 (30,23) Primario incompleto: 12 (6,98) Ninguno: 2 (1,16)
Ocupación	Ama de casa: 84 (48,84) Empleado administrativo: 52 (30,23) Profesional: 10 (5,81) Jubilado: 5 (2,91) Desempleado: 16 (9,30)

DE: desvío estándar.
pc 25: percentilo 25.
pc 75: percentilo 75.

>50%

TABLA N° 2: Padres y cuidadores que desean la presencia durante los procedimientos

	Conciente N° y (%)	Inconsciente N° y (%)	Valor de p
EV	153 (88,95)	150 (87,21)	0,001
SU	135 (78,49)	131 (76,16)	0,000
PL	127 (73,84)	122 (70,93)	0,000
IE	98 (56,98)	108 (62,79)	0,000
RCP	101 (58,72)	104 (60,47)	0,000

EV: colocación de acceso endovenoso y / o extracción de sangre.

SU: sutura de herida cortante.

PL: punción lumbar.

IE: intubación endotraqueal.

RCP: procedimientos relacionados con la reanimación cardiopulmonar.

Presencia de los padres y/o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos ¿Qué opinan los médicos que asisten niños?

Dres. Gustavo Caprotta, Rodolfo Pablo Moreno, José Luis Araguas, Paula Otero y Roberto Pena

Arch.argent.pediatr 2004; 102(4)

Objetivo. Conocer la opinión del personal médico del Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro "Dr. Carlos Gianantonio" acerca de la presencia de padres o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos invasivos a los niños y las razones en que se fundamenta.

Población, material y métodos. Estudio observacional transversal. Se envió una encuesta anónima y semiestructurada a los médicos que asisten a pacientes neonatales y pediátricos en nuestro hospital excluyendo a los que se desempeñan en las áreas de obstetricia, anestesia y laboratorio.

TABLA 1. Perfil demográfico de los médicos que completaron la encuesta

Características	Número (%)	
<i>Edad</i>	Mediana	44 años (rango 25-64)
<i>Sexo</i>	Femenino	80 (70,2)
	Masculino	34 (29,8)
<i>Estado civil</i>	Casado	66 (58,4)
	Soltero	34 (30,1)
	Otros	13 (11,5)
<i>Hijos</i>	No tiene	41 (36,3)
	1 hijo	15 (13,3)
	2 hijos	27 (23,9)
	3 hijos	15 (13,3)
	4 hijos o más	12 (10,6)
	No contesta	3 (2,7)
<i>Especialidad</i>	Clínica pediátrica	67 (58,8)
	Subespecialidades pediátricas	37 (32,3)
	Cirugía	10 (8,8)
<i>Años de recibido</i>	Media	16,6 años (DE 10,20)
	Mediana	19,0 años (rango 1-40)
<i>Lugar de trabajo</i>	Consultorio externo	28 (25,4)
	Residencia médica	25 (21,9)
	Emergencias	23 (20,2)
	Neonatología	12 (13,2)
	Cirugía	10 (8,8)
	UCIP	6 (5,3)
	Internación pediatría	5 (4,4)
	Dirección	1 (0,9)
<i>Cargo</i>	Médico de planta y guardia	68 (6,7)
	Médico residente	29 (25,0)
	Jefe de servicio/área	11 (9,8)
	Médico de guardia	4 (3,6)
	Director	1 (0,9)

TABLA 2. *Respuestas de los encuestados sobre si permiten (ítem 6), estimulan (7) y consideran conveniente (8) la presencia de padres durante los procedimientos*

PERMITE

Procedimientos	SÍ	NO
Extracción de sangre o vía venosa	66= 55,9%	47= 42,3%
Sutura	84= 75,7%	25= 22,5%
Punción lumbar (PL)	15= 13,6%	93= 84,5%
Intubación endotraqueal	4= 3,6%	105= 94,6%
RCP	4= 3,7%	103= 94,5%

ESTIMULA

Procedimientos	sí	NO
Extracción sangre o vía venosa	43= 38,1%	69= 61,1%
Sutura	63= 56,3%	48= 42,9%
Punción lumbar (PL)	15= 13,5%	95= 85,6%
Intubación endotraqueal	4= 3,6%	107= 95,5%
RCP	4= 3,6%	107= 95,5%

CONSIDERA

Procedimientos	sí	NO
Extracción sangre o vía venosa	63= 57,3%	46= 41,8%
Sutura	89= 79,5%	22= 19,6%
Punción lumbar (PL)	19= 17,3%	90= 81,8%
Intubación endotraqueal	4= 3,5%	108= 95,6%
RCP	4= 3,6%	107= 95,5%

¿Cómo empezar?

Estudio en Curso:

¿Cuál es la Situación Actual de las Políticas de Visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos de Argentina?

Objetivo Principal

Describir el grado de adhesión a las recomendaciones internacionales respecto a las políticas de visita en las unidades de cuidados intensivos pediátricos de Argentina.

Objetivos Secundarios:

- Buscar asociación entre tipo de hospital, región geográfica, complejidad de UCIP, relación medico/enfermero-paciente y tipo de políticas de visita.
- Describir quién realiza y hace cumplir las políticas de visitas actuales dentro de las unidades de cuidados intensivos.

Desarrollo del Protocolo

- **Tipo de Estudio:** Transversal, analítico, Observacional.
- **Población y Muestra:** Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos Argentina, por conglomerado.
- **Fuente:** formulario/cuestionario.
- **Criterios de Inclusión:**
 - Pertener a la muestra seleccionada.
 - Querer participar del estudio.

Proceso de Datos y Análisis

- Análisis de Frecuencia de la variable principal: cumplimiento de la recomendación internacional del régimen de visitas.
- El grado de cumplimiento se asociará con las variables que caracterizan los hospitales públicos o privados.





MUCHAS GRACIAS...!