

www.congresoseup2012.com

PONENCIAS



17

**Reunión Anual de la
Sociedad Española de
Urgencias de Pediatría**

MADRID

**19 AL 21 DE ABRIL
2012**

RESPUESTA DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA FRENTE A LA CATÁSTROFE EXTERNA

Moderador: Dr. Santos García García. Jefe Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN: PRESENTACIÓN Y DEFINICIÓN DEL ÁMBITO DE LA MESA

Dr. Santos García García

De un tiempo esta parte las catástrofes, naturales o provocadas, parecen haberse instalado entre las preocupaciones de la urgencia. En los últimos años hay una larga lista de sucesos que justifican el creciente interés por el tema, sobre todo a raíz de los sucesos del 11M, 11S, Londres 7J, pasando por huracán el Katrina, el terremoto y posterior tsunami en Japón, e incluso recientemente, el terremoto de Lorca entre nosotros. Estas situaciones, lejos de ser excepcionales, nos han puesto frente a la evidencia de la vulnerabilidad del medio donde vivimos, ha aumentado la percepción de los riesgos que nos rodean, y han hecho evidente la necesidad de estar prepararnos para estas situaciones.

De esta preocupación ha surgido el tema de esta mesa, pero también del hecho de que los pacientes pediátricos, por su situación de dependencia, vulnerabilidad, y necesidades especiales, juegan un papel importante, estimándose que en los desastres masivos entre un 20-30% de los afectados son pacientes en edad pediátrica, mientras que paradójicamente, resulta bastante frecuente la ausencia de planes específicos para pacientes pediátricos dentro de los diseños y simulaciones de planes de catástrofes.

Los aspectos que conciernen al manejo de las situaciones de catástrofe son muy diversos e interesantes. Conscientes de ello, hemos elegido centrar el tema de esta mesa en la respuesta organizada de la unidad de urgencias a la situación que se plantea después de un evento catastrófico, por ello no hablaremos de otros aspectos relacionados con el manejo extrahospitalario del problema.

Las intervenciones de los ponentes se han organizado pensando en el problema desde la perspectiva de los que trabajamos en urgencia pediátrica. Con ello esperamos poder acercar el tema a nuestras inquietudes y darle un contenido más práctico. En la primera intervención la doctora. Cristina Parra presentará cual es la situación actual de la urgencia pediátrica y cuales son nuestras carencias. En la segunda intervención, la doctora M^ª Teresa Alonso abordará el tema de la organización de la respuesta y finalmente, el doctor Juan Vázquez tratará de algunos aspectos especiales en la respuesta de la urgencia pediátrica.

INTERVENCIÓN 1

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS RESPECTO A LAS CATÁSTROFES

Dra. Cristina Parra Cotanda. Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital S. Joan de Deu. Barcelona

Los **objetivos** de la ponencia son:

1. Describir la situación actual en cuanto a la planificación de catástrofes en los servicios de Urgencias Pediátricas, vinculados a la SEUP.
2. Proponer estrategias de mejora de las debilidades detectadas a raíz del estudio.

Introducción:

En el manejo de las catástrofes, existen 4 fases: planificación, respuesta, recuperación y finalmente, análisis y lecciones aprendidas. La fase de planificación engloba todas las acciones preparatorias y medidas preventivas antes de que la catástrofe se produzca, y deben quedar reflejadas en un documento que es el plan de catástrofes.

Los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) deben tener por tanto planes de actuación previamente elaborados, para poder actuar rápida y eficazmente ante un desastre.

¿Dónde estamos?

Existe poca bibliografía pediátrica a nivel español sobre el tema. Por ello, el grupo de trabajo estable de Catástrofes de la SEUP se planteó en 2010 realizar un estudio descriptivo multicéntrico mediante encuestas, con los siguientes objetivos:

1. Conocer si los SUP españoles tienen planes de catástrofes
2. Describir las características de estos planes
3. Saber si los responsables de SUP se sienten preparados ante una catástrofe.

Se diseñó un estudio observacional descriptivo multicéntrico, mediante encuestas dirigidas a los responsables de los SUP de España vinculados a la SEUP.

De 44 encuestas enviadas, 25 hospitales respondieron. Dieciocho hospitales (72%) disponían de un plan de catástrofes externas (PCE), con una mediana de antigüedad de 10 años (p25-p75 2-11). En 11 hospitales, el PCE era conocido por el personal, realizándose simulacros cada 3 años o más en 4, bienalmente en uno. La siguiente tabla muestra la frecuencia de revisión y de los simulacros de los PCE:

	Frecuencia de revisión	Frecuencia de simulacros
Cada 3 años o más	9/18	4/18
Cada 2 años	4/18	-
Anualmente	2/18	-
Nunca	1/18	13/18
No responden	2/18	-

En cuanto a los planes de catástrofes internas (PCI), veintiún hospitales (84%) disponían de él, con una mediana de antigüedad de 8 años (p25-p75 3-10). El PCI era conocido por el personal en 13 hospitales. Los PCI incluían plan de evacuación (22), inundaciones (9), incendios (19), amenazas de bomba (13) e intentos de secuestro (2). Ocho hospitales disponían de plan para traslado de pacientes. La siguiente tabla muestra la frecuencia de revisión y de los simulacros de los PCI:

	Frecuencia de revisión	Frecuencia de simulacros
Cada 3 años o más	11/21	5/21
Cada 2 años	3/21	3/21
Anualmente	3/21	1/21
Cada 6 meses	1/21	-
Nunca	3/21	12/21

En 9 hospitales, los planes eran exclusivamente pediátricos; en 8, eran planes generales que contemplaban las necesidades especiales de los niños; el resto no tienen en cuenta a víctimas pediátricas.

Al preguntar a los responsables de los SUP si se sentían preparados ante una situación catastrófica, veintiún responsables (84%) se sentían poco preparados mientras que 4 (16%) sí se sentían preparados para afrontarla.

Según los resultados del estudio, es cierto que la mayoría de los SUP disponen de planes de catástrofes, pero existen múltiples carencias: los planes están poco actualizados, son poco conocidos por el personal y la mitad no tienen en cuenta las necesidades especiales de la población pediátrica.

¿Qué debemos hacer?

En primer lugar, los planes de catástrofes deben tener en cuenta las necesidades especiales de los niños (medicación adecuada, material de tamaño apropiado, alimentación especial para los niños pequeños,...). Por ello es esencial que las asociaciones pediátricas, especialmente las vinculadas con las urgencias, realicen recomendaciones sobre el tema. En segundo lugar, los planes deben ser revisados y actualizados más a menudo, al menos cada 2 años, dado que los recursos humanos y materiales de los SUP pueden cambiar considerablemente en poco tiempo. En tercer lugar, no basta con tener un plan de catástrofes elaborado. Los planes deben ser conocidos por todo el personal susceptible de actuar ante una situación catastrófica, personal tanto asistencial como no asistencial. Una buena manera de realizar esta difusión es mediante la realización de simulacros regularmente.

Estos y otros aspectos, deberán pasar a formar parte de la formación continuada de los profesionales de la urgencia pediátrica.

INTERVENCIÓN 2 RESPUESTA DE LA URGENCIA

Dra. M^a Teresa Alonso Salas. Médico Jefe de Sección de Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

El Área de Urgencias de un hospital se constituye siempre en el Centro Operativo donde se concentrará la catalogación de heridos y la mayor parte de la actividad asistencial en situación de catástrofe. En todos los hospitales debe existir un "Plan de catástrofes externas" de acuerdo a sus recursos económicos y humanos, el área de influencia y el análisis de vulnerabilidad de la zona. Para conseguir una mayor eficacia, y sea cual sea el nivel de catástrofe declarado, *todos los pacientes que lleguen al área de urgencias desde que se activa el plan de catástrofes externas, tengan o no relación con el suceso que lo ha motivado, deberán ser tratados conforme a lo dispuesto en el mismo.*

Estructura organizativa y funcional de un plan de catástrofes

El servicio de urgencias de un centro hospitalario debe estar capacitado para poder atender en 3 horas el 30% de las urgencias de un día. Cuando estas urgencias alcanzan el 40-50% en un tiempo de 4-5 horas hablamos de un índice catastrófico (50% de los casos en el 20% de tiempo). Además en una situación catastrófica el número de víctimas graves que pueden someterse a una intervención quirúrgica dentro de las 12 horas de producirse las lesiones será igual al número de quirófanos $\times 7 / 4$. En situación de múltiples víctimas la capacidad hospitalaria suele ser el 2-3% del total de camas/hora (2-3 enfermos/h, cada 100 camas).

Es aconsejable estratificar la organización en 4 niveles dependiendo del número de afectados y de la capacidad del hospital, teniendo en cuenta el grado de certeza de ocurrencia de la catástrofe. Según el nivel de la catástrofe se declara la fase de ALERTA y de RESPUESTA correspondiente:

Nivel I: aquella situación a la cual se puede y se debe hacer frente con los recursos *habituales y permanentes* de que se dispone. Está diseñada para usarse a intervalos frecuentes, con una interferencia mínima en la actividad del hospital.

Nivel II: prepara al hospital para recibir un número mayor de víctimas. Se deben dejar libres las salas de recepción y estar dotados de todo su personal. Preparar la UCI y los quirófanos, centros de control e información y otras áreas especiales. Implica que no se ha sobrepasado la capacidad asistencial, pero es necesaria la presencia física de todo el personal de Urgencias.

Nivel III: prepara para un grave desastre de la comunidad. La alerta es para todo el personal que está en el centro y los que están fuera de servicio (relevo cada 6 horas). Se declara todo el hospital en *Estado de Emergencia*.

Ante una catástrofe imprevisible, no es posible una preparación previa, declarándose inmediatamente el nivel III.

Respuesta de la Urgencia

En el Servicio de Urgencias deben adoptarse unas medidas generales de preparación ante la alerta: altas a pacientes que lo permitan, agilización de los ingresos y de movilización a la salas de espera, y de la limpieza de los distintos espacios; aprovisionamiento de material fungible y de fármacos, control de la capacidad, coordinación con quirófanos, UCI y planta de hospitalización y asignación de los profesionales a los distintos puestos. En la movilización del personal de un centro hospitalario se pueden considerar cuatro escalones de aplicación. Los servicios de urgencia estarán al completo desde el primer escalón y se irán anexionando proporcionalmente los servicios de anestesia, traumatología, cirugía, radiología y laboratorio hasta la totalidad de la plantilla.

La organización inmediata consiste en:

1. Elegir el mejor punto para recibir un gran número de ambulancias y heridos
2. Establecer allí el punto de recepción y clasificación: Zona blanca. EQUIPOS DE TRIAJE: médico, enfermero, administrativo (identificación y registro) y celador (traslado inmediato)
3. Determinar y señalar áreas de atención a donde las víctimas van a ser llevadas después de ser clasificadas (Tabla I). Cada nivel de triaje debe tener asignado un grupo de profesionales y un espacio concreto. El *equipo de RCP (zona roja)*, debe estar ubicado cerca del área de triaje.
4. Se habilitarán varios puestos en el mostrador de información y salas adyacentes para la información de pacientes ingresados, fallecidos y ubicación de pacientes y familiares.
5. Funcionarios de seguridad adicionales deben controlar todos los accesos al hospital y mantener despejados los accesos de las ambulancias.

Atención inicial

La mayoría de los heridos llegan al hospital en un tiempo relativamente corto, dentro de los primeros 90 minutos después del desastre. Las víctimas pueden llegar por diversos medios, tanto ambulancias como particulares; esto hace que el flujo de pacientes no pueda ser controlado por los servicios de urgencias oficiales. Generalmente los pacientes menos graves son los primeros en llegar, ya que tienen la posibilidad de escapar del lugar del suceso por sus propios medios. La consecuencia es que éstos tienden a ser tratados antes, y los más graves, que llegan en etapas posteriores, no pueden ser atendidos de inmediato porque el Servicio de Urgencias está ya saturado.

Por todo esto es necesario establecer dos escalones asistenciales: una primera zona de recepción y clasificación, según gravedad, y una segunda de tratamiento inicial.

A la llegada de las víctimas al Hospital, el *Equipo de Triage* debe reclasificarlos y reevaluar sus prioridades terapéuticas. Cada paciente debe ser atendido dentro de los 5 minutos siguientes a su llegada, determinando el grado de urgencia y designando el área en el que se continuará su asistencia (Tabla I).

El equipo de triaje sólo proporcionará atención vital elemental (permeabilizar las vías respiratorias y aplicar presión para contener un sangrado activo).

Tratamiento inicial: en situación de catástrofe la priorización en la clasificación y en el orden de medidas es esencial (Tabla II). Se debe considerar:

1. No se dedican recursos valiosos a intentos de reanimación en pacientes en paro cardiaco no presenciado.
2. Las víctimas con problemas especiales, como quemaduras graves, necesitan ser transferidas directamente a unidades especializadas.
3. Sólo se hospitaliza a los enfermos cuando es imprescindible.
4. Los estudios de laboratorio y radiográficos se restringen a la *obtención de información decisiva*. (Siempre está indicado hacer radiografías de posibles fracturas de columna cervical, pelvis y fémur, debido a la gravedad de las complicaciones potenciales).
5. Medidas generales: La atención médica debe realizarse según el orden de prioridad de cualquier emergencia (ABCDE): inmovilización de columna cervical, apertura de la vía aérea, oxigenoterapia, intubación y ventilación mecánica, drenaje torácico en caso de neumotórax, compresión o torniquete para control de sangrados externos en extremidades, inmovilización de fracturas y protección de heridas.⁵¹
6. Analgesia: es muy importante su administración precoz. Los fármacos indicados son: Ketamina, por su buen comportamiento hemodinámico y bajo efecto depresor respiratorio, asociada a midazolam y cloruro mórfico.
7. Manejo de las heridas: las infecciones de las heridas ocurren en casi todo tipo de desastres. Deben ser irrigadas abundantemente y, en general, no se debe intentar el cierre primario. Si está indicado, administrar profilaxis antitetánica.

En una situación de catástrofe es esencial el trabajo del equipo de triaje y la distribución de funciones de cada grupo de trabajo en las diferentes áreas de atención y ubicación, y debe estar previstas las medidas de control para evitar la saturación del hospital, de los quirófanos y de los puestos de cuidados intensivos.

La elaboración del plan de catástrofes individualizado de cada centro, la difusión a los profesionales, el entrenamiento reglado mediante simulacros, y la organización y observación estricta del plan son las claves esenciales de un buen control de las situaciones de catástrofe.

Tabla I: Agrupación de pacientes en distintas áreas
Área roja

Pacientes que requieren completar medidas de reanimación y de estabilización inmediatas para posteriormente conducirlos al quirófano o a la UCI:

- paro cardíaco que se haya presenciado
- pérdida de sangre > 20% de la volemia.
- TCE con pérdida de conciencia
- heridas penetrantes torácicas o abdominales
- fracturas graves (pelvis, columna vertebral, tórax)
- quemaduras complicadas con compromiso de la vía aérea por inhalación

Área amarilla

Pacientes que precisan cuidados pero cuyas heridas no suponen un riesgo vital inmediato; deben permanecer en observación para cerciorarse de que su estado no empeora durante la espera:

- quemaduras de 2º grado (> 30% superficie corporal afectada) "parking"
- quemaduras de 3º grado (>10%) con otras lesiones (de tejidos blandos, fracturas menores,...)
- quemaduras de 3º grado en pies, manos o cara
- pérdida de 10-20% de la volemia
- lesiones de columna dorsal
- TCE importante sin pérdida de conciencia (confusión mental, hematoma subdural)

Área verde

Pacientes con lesiones menores sin riesgo para la vida:

- fracturas menores
- quemaduras leves (2º grado < 15%, 3º grado < 2%, 1º grado < 20%)
- abrasiones, contusiones

Área gris

Pacientes "irrecuperables":

- quemaduras >40%
- TCE con exposición de masa encefálica inconscientes
- TCE con paciente inconsciente y fracturas mayores asociadas
- lesiones de columna cervical con ausencia de sensibilidad y movilidad

Tabla II. Orden de tareas asistenciales

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Control de la vía aérea | 9. Traumas espinales |
| 2. Control externo de hemorragias | 10. Fasciotomías y amputaciones |
| 3. Control de neumotórax | 11. Control de heridas abiertas |
| 4. Tratamiento shock hipovolémico | 12. Cerrar heridas craneales |
| 5. Tratamiento avanzado de la vía aérea | 13. Traumas abdominales |
| 6. Manejo del trauma de extremidades | 14. Traumas craneales GCS 6-7 |
| 7. tratamiento quemaduras > 25% | 15. Quemaduras 50% |
| 8. Traumas torácicos | 16. Quemaduras 75% |

INTERVENCIÓN 3

ASPECTOS ESPECIALES EN LA ATENCIÓN A CATÁSTROFES

Dr. Juan Vázquez Estévez. Cirujano Pediátrico. Adjunto Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Una catástrofe es definida como un suceso inesperado que provoca un número variable de víctimas y que supera la capacidad de atención con los recursos habituales de organización. Si bien los desastres se producen sin aviso previo, la preparación en los sistemas de salud mejora sustancialmente la respuesta a los mismos.

Las catástrofes pueden afectar a múltiples víctimas excediendo la capacidad de tratamiento "in situ" provocando un alto nivel de presión en los recursos locales y precisando la realización de una selección de víctimas para priorizar su tratamiento y su traslado. Cuando la catástrofe afecta a más de 20 víctimas es considerado un "evento masivo" y en estas situaciones se pueden agotar los recursos locales precisando de un uso racional de los mismos y de una selección de aquellas víctimas con más posibilidades de supervivencia.

La preparación para la asistencia a las catástrofes, tanto si son múltiples víctimas (> 5 víctimas) o bien masivas (>20 víctimas) constituyen un área vital del conocimiento para mejorar la respuesta con objeto de alcanzar los mejores resultados posibles y reducir sus efectos.

Entre las causas que provocan los desastres se encuentran fenómenos naturales, derivados de la acción del hombre, derivados del transporte y los eventos provocados por el terrorismo.

En los últimos 100 años los terremotos han causado la muerte a más de un millón de personas mientras que las inundaciones por desbordamiento de los ríos son responsables de más de 9 millones de seres humanos. Desgraciadamente el 95% de las muertes se concentran en los países del Tercer Mundo.

España no está al margen de la existencia de catástrofes o desastres con afectación de un importante número de víctimas. Dentro de la lista negra se encuentran: el accidente en el aeropuerto de Los Rodeos en Tenerife que provocó 583 fallecidos, la explosión de un camión cisterna próximo a un camping en Tarragona con 215 muertos y 64 heridos, el accidente ferroviario de Salamanca en el que un tren impactó con un autobús escolar provocando 30 fallecimientos y 60 niños heridos, el accidente de un autobús escolar en Benavente con 45 niños fallecidos, las inundaciones de Valdepeñas con 21 muertos y más de 300 familias afectadas, el incendio del Hotel Corona de Aragón en Zaragoza con 78 muertos y un número importante de heridos, el accidente ferroviario de Granollers con 22 muertos y 90 heridos, el accidente del Talgo en Soria con un saldo de 16 muertos y 21 heridos, y por supuesto el ataque terrorista del 11-M en la ciudad de Madrid que ocasionó 197 muertos y más de 1300 víctimas

Las catástrofes podemos compartimentarlas en tres etapas bien definidas: etapa pre-desastre, etapa del desarrollo del desastre y etapa post-desastre. Durante la primera etapa previa las medidas de prevención pretenden evitar el fenómeno causante, si bien esto no se puede aplicar a los fenómenos naturales. Sin embargo en estas situaciones el desarrollo de políticas de seguridad como las construcciones antisísmicas y la educación de la población sobre la respuesta que debe hacerse en el caso de un terremoto o un "tsunami" puede mitigar considerablemente las víctimas. En esta etapa, la preparación va a constituir la clave de la actuación y ello conlleva la identificación de todos los recursos que pueden ser utilizados en caso de desastre. Estas actividades deben incluir un plan que debe ser poco complejo, flexible, revisable y actualizado. Estos planes, además deben ser practicados como entrenamientos de respuesta ante un desastre. Según el ámbito y la magnitud el plan a activar puede ceñirse a la localidad, a la comunidad, al territorio nacional e incluso a la acción extranacional.

Un abordaje básico es la clave para conseguir una respuesta efectiva en desastres o en asistencia en emergencias con múltiple víctimas. Pueden darse situaciones en el que las infraestructuras queden seriamente dañadas y ello hace necesario que los hospitales o centros de salud tengan que actuar de forma aislada, por ello cada hospital y cada centro asistencial debe desarrollar su propio plan de desastres.

El Centro Coordinador recibirá de las diferentes unidades asistenciales en la zona de la catástrofe la información del estado de las víctimas, número estimado y decidirá el destino ateniéndose a criterios de capacidad asistencial y capacitación de cada Centro Hospitalario de destino. Este Centro Coordinador se pondrá en contacto también con el centro hospitalario y permitirá la comunicación "a tres" por si el centro hospitalario precisa tener contacto directo con los coordinadores de las unidades asistenciales que atienden a las víctimas y realizan el primer triaje.

Una vez que el Hospital recibe una llamada del Centro Coordinador Sanitario (CCS), la primera prioridad es garantizar que el Centro dispone de los recursos necesarios para atender a las múltiples víctimas que van a recibir. La actuación ante un evento con múltiple víctimas va a suponer la movilización masiva pero ordenada de los recursos existentes "in situ", para valorar si es preciso por el Comité de catástrofes la necesidad de activar escalonadamente recursos que se encuentren fuera del centro, asignando de forma concisa y detallada el lugar y la tarea a desarrollar por cada uno de los integrantes.

Aspectos de especial relevancia constituyen los diferentes talones de Aquiles cuando se activa una alarma por una catástrofe con múltiples víctimas. El hecho de que el evento se provoca de manera brusca y violenta genera una situación de "caos" provocando: descoordinación, confusión, desorganización, falta de liderazgo, evacuaciones masivas y desordenadas, limitación de los recursos y superación de los mismos, y por último una gran tensión ambiental.

Las experiencias vividas previamente deben servir para analizar los fallos en las respuestas del sistema y permitir actualizar planes de actuación, que con simulaciones permiten su lubricación para una hipotética activación más racional. Uno de los eventos más dramáticos que se vivió en la ciudad de Madrid fue el ataque terrorista del 11-M que provocó 191 fallecidos y 2.062 heridos que precisaron asistencia médica. Esta experiencia mostró aspectos notablemente mejorables y que se refieren a:

- Comunicaciones: la información recibida en los centros hospitalarios era fundamentalmente la obtenida por los medios de comunicación, radio y televisión, pues las líneas telefónica se congestionaron y estuvieron bloqueadas intencionadamente durante los momentos de más intensidad.
- Planes de catástrofes: obsoletos y no preparados para resolver estos eventos no pudieron ser activados, se desconocían y nunca se habían hecho ejercicios de simulación de mesa (ejercicios escritos para evaluar los planes) o ejercicios funcionales (simulaciones sin movilizar equipos o personas).
- Familias: se improvisaron planes para acoger a las familias que en gran número se dirigieron a los centros solicitando información, mostrando fotografías y reclamando datos clínicos e identificativos. No existía un plan previo para tratar estos aspectos e incluso precisó de la movilización de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales para apoyar la situación de altísimo stress y tensión emocional.
- Identificación de víctimas: las evacuaciones salvajes conllevaron la llegada de víctimas en ambulancias de SVA, en ambulancias de SVB, en taxis, en coches particulares e incluso por su propio pie. La ausencia de un protocolo de actuación sencillo conllevó una situación de caos inicial que provocó la necesidad de improvisar un centro de recogida de datos y procesamiento de los mismos para facilitar la información a todos los niveles: familias, Centros de Mando, Autoridades, etc.
- Triage: en situaciones tan excepcionales de múltiples víctimas, además del triaje imprescindible en la zona del desastre, es necesario a nivel hospitalario el desarrollo de todos los niveles de triaje: a la puerta de emergencias del centro, en el centro de emergencias y en las salas de cuidados de vigilancia máxima.
- Personal y actividad: la movilización del personal sanitario se realizó por una respuesta automática de todo el personal que se encontraba en el centro, movilizándose el personal ausente respondiendo a las informaciones difundidas por los medios de comunicación y sumándose al personal ya activo en el centro. Debido a la ausencia de un plan con órdenes concretas se produjo masificación en las áreas críticas con exceso de recursos y sin objetivos concretos asignados.

Los cuatro grandes peligros en la respuesta médica ante una catástrofe son siempre: las comunicaciones, los recursos disponibles, la seguridad y las actuaciones voluntaristas de la población. Es por ello que del aprendizaje de eventos pasados surgen los mejores planes de preparación, pero estos planes se pueden convertir en aquellos planes previos al 11-M que nunca salieron de un cajón, pues se quedaron obsoletos y anticuados. Los planes de actuación deben ir indefectiblemente a ejercicios de simulación periódica con ejercicios de mesa, ejercicios funcionales y ejercicios de campo. Aplicando en estos ejercicios situaciones excepcionales vividas en otras comunidades o países como: lesiones por explosión, catástrofes provocadas por agentes químicos, accidentes provocados por agentes radioactivos, etc.

Por último todo sistema sanitario debe ser sometido a una revisión analizando los diferentes indicadores de efectividad: indicadores que evalúen los diferentes centros receptores de llamadas, indicadores que evalúen la capacidad operativa de los sistemas de emergencias, indicadores que evalúen la calidad asistencial y por último indicadores de la eficacia global del sistema.

RECAPITULACIÓN Y CIERRE

Dr. Santos García García

El desarrollo de los temas de esta mesa ha puesto de manifiesto alguno de los aspectos específicos que deben pasar a ser un área de mejora permanente en nuestro trabajo.

Pensando en el futuro inmediato es necesario realizar un esfuerzo destinado a desarrollar a corto plazo planes adaptados a las necesidades y riesgos específicos de cada unidad. Los planes de catástrofes deberán ser siempre realistas, progresivos y con un diseño lo bastante flexible como para atender eventos de diverso origen, siempre coordinados con los planes de respuesta general, ya que la urgencia pediátrica es solo una parte de la respuesta total.

En el diseño de los planes generales deberá promoverse activamente la presencia de pediatras entre los componentes del grupo de diseño de los planes o simulacros, de tal forma que quede asegurada la asistencia adecuada a las posibles víctimas pediátricas y pacientes con necesidades especiales, hecho no siempre tenido en cuenta a pesar del número y vulnerabilidad de la población pediátrica.

Finalmente, para mantener un adecuado nivel de respuesta, es necesario el entrenamiento del personal involucrando, integrando sus tareas en la organización de la respuesta, aprendizaje de roles, movilización de espacios, recursos, etc.

MESA REDONDA: LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE PEDIATRÍA Y LAS FAMILIAS

M^a Ángeles Carreño García-Bernalt ⁽¹⁾, Ana Carretero Arias ⁽²⁾, M. Ángeles García Herrero ⁽³⁾
⁽¹⁾ Madre de dos niñas, ⁽²⁾ Paciente, ⁽³⁾ Comité Organizador 17 Reunión Anual de la SEUP

Justificación de la mesa

La urgencia centrada en la familia es un enfoque innovador para la atención médica y se basa en una asociación mutuamente beneficiosa entre los pacientes, familias y profesionales de la salud. Se puede aplicar en cualquier ámbito de la asistencia médica y a pacientes de todas las edades. Esta forma de trabajar centrada en la familia se traducirá en mejorar la atención, la seguridad y satisfacción del paciente.

¿Cómo nos hemos planteado este tema?

El Comité organizador de la XVII Congreso de la SEUP decidió poner en marcha una mesa redonda orientada a las familias. Para ello se buscaron “expertos” en el tema. ¿Quién debe venir? nos preguntamos. Pues yo creo que “el doctor x” lo hará bien por parte de los pediatras y “la enfermera y” está sensibilizada con este tema ¿y de moderador?, pues “el doctor z” que le he oído hablar del tema y parece implicado con el asunto.

Pero nosotros queríamos más, queríamos lo mejor para nuestro congreso y decidimos ir más allá y buscar verdaderos EXPERTOS en el tema. ¡Nos los traemos de Estados Unidos! pensamos, que según conocemos llevan poniendo en marcha un tiempo este proceso.

De pronto nos dimos cuenta que los expertos los tenemos delante de nosotros todos los días, que todos los días oímos sugerencias por parte de personas que saben mucho de esto. Sólo había que pedirles que vinieran al congreso y nos lo contarán. Dos se ilusionaron con la idea y dijeron ¡sí, vale me atrevo! y vienen a dialogar con nosotros el día 21 de abril. Saben mucho del tema, aprovechemos para aprender.

Lo que los padres nos quieren decir

La experta “madre de familia” elaboró una encuesta para saber la opinión de muchos padres acerca de las urgencias, lo que les gustaba y lo que cambiarían. Estos fueron los resultados de un total de 105 encuestas.

¿Qué valora más negativamente de las urgencias de pediatría?

Lo que valoran los padres más negativamente es la espera (56%) seguido de la falta de información (15%) y de la falta de comodidad del espacio y de amabilidad por parte de los profesionales (8% respectivamente). El no poder estar con sus hijos en todo momento lo valoran de forma negativa un 6% de los padres.

¿Alguna vez se han ido sin conocer el diagnóstico?

El 20% responde que en ocasiones.

¿Conocen la categoría profesional de la persona que atiende a su hijo?

Sólo un 29% contesta que siempre saben quién atiende a su hijo

Si su hijo padece alguna patología crónica, ¿alguien pide su opinión acerca del manejo de una reagudización?

Un 85% de los padres responde que no se les tiene en cuenta a la hora de valorar el mejor tratamiento para su hijo

¿Creen justificado acudir a urgencias hospitalarias?

El 87% considera que siempre que acuden está justificado

¿Por qué optan por acudir a urgencias del hospital?

La mayoría lo hace (36%) por ausencia de pediatras en urgencias extrahospitalarias y sólo un 8% por que confían más en el hospital.

Lo que los pacientes nos tienen que decir

A nuestros pacientes más jóvenes casi no hace falta preguntarles, nos lo dicen todo con llanto al practicarles procedimientos dolorosos y llaman a sus padres porque quieren estar con ellos.

Le preguntamos a una paciente mayor, que acaba de salir de la edad pediátrica cómo se ha sentido. Y esto es lo que nos va a contar.

1. Los pacientes adolescentes se sienten ignorados por los profesionales de la salud.
2. Se quejan de la falta de intimidad en la consulta. Paredes de cristal, cortinas móviles, entrada y salida continua de gente.
3. Recuerdan el miedo y angustia al separarles de los padres a la hora de realizarles procedimientos.
4. Impaciencia, inseguridades o miedos de los padres que conducen a llevar al paciente a urgencias.
5. Reclaman el papel del pediatra como su defensor frente a ciertos padres que consideran que sus hijos se inventan patologías para obtener un beneficio secundario.
6. Y sugieren medidas para sobrellevar la espera.

Conclusión

El objetivo de esta mesa redonda es un primer acercamiento a las familias para saber su opinión y aprender con ellas cómo podemos desempeñar mejor nuestro trabajo.

Desde el Comité organizador queremos dar las gracias a nuestras dos “super-expertas” que han venido a enseñarnos. Gracias a personas como ellas esperamos aprender a hacer mejor las cosas.

LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE PEDIATRÍA Y LAS FAMILIAS

Dr. Antón Castaño Rivero. Médico Adjunto. S. de Urgencias. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias

Prólogo

“...lejos de ser una actividad rutinaria, requiere la inmensa creatividad de construir en el breve tiempo de una consulta, la mejor atención para cada familia en particular. Saber mucho, elegir lo que se transmite, hablar lo necesario. Un verdadero arte”

Dra. Norma E. Rossato

Muchas veces he sentido la necesidad -como posiblemente también os haya ocurrido- de hablar con las familias sobre las circunstancias que rodean la consulta urgente y que quizá no fuese apropiado hablar durante el acto médico.

Ocurre que, en mi medio, aún no hemos integrado a este “nuevo miembro del equipo” formado por el paciente y su familia. Y eso que, como se nos viene diciendo desde hace tiempo, de mil maneras y por expertos, este cambio solo nos traerá beneficios.

En este asunto, como en tantos otros, tampoco aplicamos lo que se publica.

Probablemente nos causa inseguridad: es lo que tienen los cambios y las “tradiciones en medicina”.

Hoy se me brinda esta oportunidad. Espero no desaprovecharla y confío en saber representarnos adecuadamente.

Aunque en este caso el “experto” que nos ha de enseñar vaya a ser el paciente y la familia, integrados de pleno derecho en nuestra Reunión, me gustaría, como prólogo, dejar mis reflexiones, que espero sean puntos de partida hacia el entendimiento.

Me interesa mucho la visión que tienen pacientes y familias (probablemente no me sorprenderá: si después de 20 años me sorprendiese, malo); que expliciten, sobre todo, nuestras debilidades. O lo que es lo mismo, vengo en busca de oportunidades de mejora.

Debo decir también que no solo me gusta mi trabajo –soy una persona con suerte-, sino que creo en mi trabajo y realmente considero que podemos ser útiles en los asuntos de salud de nuestros pacientes.

Una vez puestas las bases intentaré profundizar en el diálogo con nuestros pacientes y sus familias (¿se puede hacer esta separación?) Juguemos a decirnos lo que pensamos el uno del otro.

Una rápida encuesta informal revela resultados por otra parte ya sabidos: los pacientes y sus familias esperan de los servicios de urgencias una atención rápida, información clara, ser tomados en serio...

Primera cosa curiosa: ¿Y la calidad técnica?... eso se nos supone. Nos la suponen.

¿Y la encuentran? Pues eso ya nos lo dirán.

Y nosotros, ¿qué esperamos de las familias?

Abreviando mucho: que no vengan a urgencias. Al menos por circunstancias que no requieran atención urgente. Me refiero a “esas circunstancias” que “saben” que no requieren atención urgente.

Por otra parte, parece fácil comprender que no debe ser muy agradable ni divertido, a cualquier hora de cualquier día, pasar el tiempo en nuestras salas de espera. Aunque no requiera grandes desplazamientos. Aunque no haya mucha demora.

Sin embargo, cada año pasan por nuestro servicio un número de pacientes equivalente al de toda la población pediátrica de nuestra área. Alguna razón habrá.

Las familias ponen en nuestras manos “su bien más preciado”, ahora enfermo. Llegan con su miedo o su preocupación y me encargan su cuidado. No saben nada de mí. No saben si estudio mucho o poco, no saben mi cualificación, ni tan siquiera si soy buena o mala persona. Pero confían en mí. En nosotros. Así que lo menos que podemos hacer es sentirnos agradecidos y confiar en ellos.

Y darles seguridad.

Debo “parecer” Pediatra, o mejor “urgenciólogo pediatra”... competente. Y debe “parecer” que me importa su preocupación, el problema de su hijo o hija.

Conseguir estos objetivos es más sencillo si así lo sentimos.

Recomiendo “La comunicación en la asistencia en Urgencias de Pediatría”, documento de referencia del H. de Cruces firmado por Jesús Sánchez Etxaniz. Tan interesante que de forma recurrente lo consulto, lo repaso y lo utilizo para transmitirlo a las nuevas generaciones. Y para no perder (por si acaso) la perspectiva de lo que debe ser nuestra relación con los pacientes y sus familias.

Con respecto a la competencia, está bien que se nos suponga, pero quizá nos ayudaría el desarrollo de Programas de Evaluación Externa serios, periódicos, estructurados.

Para este juego de “dime quién soy y te diré quién eres” se me propuso buscar aspectos positivos y negativos de las familias en el ámbito de la atención en urgencias.

Puede que haya fracasado.

El caso es que me resulta difícil atribuir aspectos negativos generalizados. No encuentro más allá que “casos puntuales” y ya sabemos que si presento mi resumen de “Padre manipulador. A propósito de un caso” no debo esperar que sea seleccionado para Comunicación Oral.

Y claro que nos descoloca y nos resta energías ese padre manipulador, y también los desconfiados, resabiados, agresivos y aprovechados, que los hay, pero la verdad es que encuentro que los aspectos positivos prevalecen.

No invento nada si digo que una de las dificultades de nuestro trabajo –de nuestro oficio- es que nos vemos obligados a interpretar la interpretación que de la enfermedad de su hijo hacen los padres, y, para complicarlo aun más y cada vez con más frecuencia, los padres son intermediarios, transmisores de interpretaciones de terceros que nos cuentan “de oídas” los síntomas de sus hijos: “según la abuela”, “me dijo la cuidadora” o “nos avisaron de la guardería” son expresiones comunes. (Lamento el lenguaje sexista, pero me temo que refleja bastante la realidad). Esto no facilita la consulta y, aunque afortunadamente no suele tener consecuencias clínicas dramáticas, la “cesión de responsabilidades” tiene mucha repercusión cuantitativa en la demanda. Parece evidente que la enfermedad de los hijos interfiere con importancia creciente en la actividad –no solo laboral: también social- de los padres. Los Servicios de Urgencias formamos parte de los cambios sociales.

Y también debemos tener en cuenta a esos acompañantes “no humanos”, ocultos pero muy reales, que les acompañan a nuestras consultas: acompañantes psicológicos como la angustia o el miedo (“segundo diagnóstico”), o cibernéticos (“hay un extraño en la consulta, y no es tu paciente”: The Doctor Versus the Google Search) , así que más nos vale, desde el momento cero, establecer una relación de COLABORACIÓN sincera y respetuosa: podremos ayudar en la medida en que cada uno ponga de su parte.

Volvemos al principio: el paciente y su familia son miembros integrantes del equipo de salud.

Y aquí es donde los aspectos positivos de las familias juegan su papel principal.

Los padres tienen INTERÉS por el problema de sus hijos y en su solución. Por diversos aspectos, algunos incluso egoístas, pero sean cuales sean son ellos los que nos solicitan colaboración.

Así que son COLABORADORES, tanto a la hora de explicar las circunstancias de la enfermedad como a la hora de tranquilizar a sus hijos durante la exploración y los procedimientos, y en la toma de decisiones. Y continúan siendo colaboradores “a posteriori” cuando quedan encargados del tratamiento y observación domiciliaria.

Las familias se muestran CONFIADAS, acuden a nuestros servicios y, sin pedirnos credenciales, ponen en nuestras manos la salud de sus hijos. Confían en los profesionales, en el Servicio, en el Sistema.

También es cierto que todo el trabajo construido día a día, paciente a paciente, se puede desmoronar “públicamente” en un momento, pero no debemos olvidar que también tenemos “borrones”.

En general, los padres se muestran RESPETUOSOS con los profesionales y COMPRENSIVOS con las circunstancias.

Si aprovechamos los “20 segundos de oro” de la primera fase de la entrevista clínica (“acogida”) ayudaremos a crear un clima de confianza y respeto que tendrá gran repercusión a lo largo de la consulta y sentará las bases para lograr uno de los objetivos básicos: la sensación de satisfacción, tanto nuestra como de la familia.

El Servicio de Urgencias no es un lugar para hacer amigos, pero, desde luego, no debe ser para hacer enemigos.

Los padres son PACIENTES. No me refiero ahora a los padres como una parte de nuestro objeto de atención, me refiero a la paciencia que demuestran.

En general, la demora en nuestros Servicios no es desmesurada (sobre todo si la comparamos con nuestros compañeros de "adultos"), pero en situaciones epidémicas, coincidencia de días festivos o necesidad de pruebas complementarias, las cosas pueden cambiar apreciablemente y la espera prolongarse de forma considerable y en circunstancias "no ideales". Los recursos no son ilimitados y la sala de espera no tiene por qué ser un parque de atracciones, pero está en nuestras manos que, aunque tras el primer contacto (triaje) la familia tenga que esperar, lo haga sintiéndose informada, atendida y segura. Y cómoda en la medida de lo posible.

También puedo añadir que, en general, las familias se muestran EDUCADAS, AMABLES y AGRADECIDAS. No es tan raro recibir el reconocimiento de las familias, ese reconocimiento que es uno de los principales componentes del "salario emocional" y que contribuye directamente a la satisfacción individual y del equipo. ¡Si además tuviésemos el de nuestros gestores, sería la bomba!

"En cualquier caso, salvo raras excepciones, las familias consultan en urgencias preocupadas por los síntomas que sus hijos presentan. Sea considerada, desde el punto de vista médico, consulta urgente o no, todos precisan una valoración rigurosa y un trato lo más humano posible".

Es poco probable que seamos desagradables con alguien que nos trata con honestidad, educación y respeto. Y viceversa.

Bibliografía:

1. González Del Rey Javier A. La familia: el nuevo miembro del equipo médico. *Bol Pediatr* 2010; 50 (Supl. 1): 37-38
2. Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en la transmisión del conocimiento. *Evid Pediatr*. 2007; 3:88.
3. Rossato Norma E. Comentarios. El desafiante mundo del recién nacido normal. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(4):292-294
4. 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(3):293-296
5. Grant John D. Emergency Department Madness. Tips to Maintain Sanity and Flow. *Pediatr Emer Care* 2011; 27: 1092Y1094
6. Benito Fernández J, Mintegi Raso S, Montejo Fernández M, Sánchez Etxaniz J. Pediatría para padres. Información al usuario. Hospital Universitario Cruces - Urgencias de Pediatría. http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/10_98/pagina.aspx
7. Goldman R D, Cheng A, Jarvis A, Keogh K, Lu Guo-ping, Wang Jian-she, Kisson N, Larson C. An International Fellowship Training Program in Pediatric Emergency Medicine. *Pediatr Emer Care* 2011;27: 1208Y1212
8. Sánchez Etxaniz J. La Comunicación en la Asistencia en Urgencias de Pediatría. Protocolos y Procedimientos. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Mayo 2010. http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/2_172/pagina.aspx
9. Locke R, Stefano M, Koster A, Taylor B, Greenspan J. Optimizing Patient/Caregiver Satisfaction Through Quality of Communication in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emer Care* 2011; 27: 1016-1021
10. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. COMMITTEE ON HOSPITAL CARE and INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE *Pediatrics* 2012;129:394; originally published online January 30, 2012; DOI: 10.1542/peds.2011-3084 <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394.full.html>
11. Santos González R, Jiménez Tomás R, Sánchez Etxaniz J. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. *Emergencias* 2010; 22: 175-180
12. Rojo P. Editorial. Presencia de los padres durante los procedimientos dolorosos, implantarlo ya es una urgencia en Pediatría! *Urgencias en Pediatría*. Vol. 5; Nº 2; Junio 2008
13. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado L I, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes? *An Pediatr (Barc)*.2009; 70(3):230-234
14. MacFarland S. The Doctor Versus the Google Search: How to Enrich the Provider-Patient Relationship in the Age of Internet Health Information. www.clinicalcorrelations.org/?p=3297
15. Bonet de Luna C, Marín JL. Patología, normalidad o "niños a la carta"; reflexionando en Paidopsiquiatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13: 321-331

LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA Y LAS FAMILIAS

D^a Begoña Galárraga Martín. DUE. S. de Urgencias. Hospital de Cruces. Bilbao

INTRODUCCIÓN

Hace no más de 10 años el modelo que se seguía en los servicios de urgencias de pediatría era el conocido como paternalista. Se apartaba a las familias en lo concerniente a la participación tanto en el acompañamiento continuo como la presencia durante los procedimientos realizados por el personal de enfermería y de los facultativos. Si bien es cierto que cualquier paciente que acude a un centro hospitalario desea estar junto a los suyos en este medio hostil, aún es más evidente que nuestros pacientes, los niños, son los que más lo pueden acusar.

En los últimos años el modelo *Family centered care* es el que se está imponiendo en todos, o al menos esa es la línea de trabajo a seguir, los servicios de urgencias de pediatría. La evidencia nos avala en este tema y así ha quedado patente en numerosos trabajos de investigación, demostrando que la presencia de los padres junto a sus hijos no sólo no dificulta el trabajo, sino que nos ayuda con el niño rebajando la ansiedad y sintiéndose más protegido.

SITUACIÓN ACTUAL

En nuestro servicio de urgencias de pediatría del Hospital de Cruces, la implantación de este modelo de trabajo se está realizando desde hace aproximadamente unos 5 años. Los comienzos no fueron fáciles para los profesionales tras muchos años de un modelo clásico, pero la evidencia y el derecho que asiste a los niños y a sus padres fueron los que se impusieron poco a poco.

Se realizó un estudio sobre la presencia familiar durante los procedimientos dolorosos en el que se preguntó sobre la presencia de la familia a padres y trabajadores. Los resultados no nos sorprendieron demasiado. Los padres se quejaban de no poder acompañar a sus hijos durante la realización de técnicas, y los profesionales tenían muchas dudas a la hora de que los padres permanecieran junto a ellos, sobre todo porque se pensaba que iban a impedir que realizáramos nuestro trabajo sin presión y porque creíamos que se iba a cuestionar nuestra profesionalidad, sobre todo en las técnicas de venopunción, punción lumbar... si no lo lográbamos en un primer intento.

Comenzamos con este nuevo modelo de cuidados centrados en la familia de una forma paulatina y en los casos en los que el profesional se sentía ansioso por la presencia familiar tenía la opción de que el procedimiento lo hiciera otro profesional, sin que ello fuera causa de recriminación.

De esta forma y casi sin darnos cuenta hemos llegado a la situación actual, en la que nadie se cuestiona si los padres tienen o no que permanecer junto a sus hijos durante toda la estancia en urgencias de pediatría, simplemente está LA FAMILIA. Incluso en los casos en los que el niño está en situación crítica y aunque haya que realizar RCP, las familias son invitadas a permanecer o a quedarse fuera. Si desean permanecer, un pediatra les informa del estado del niño en todo momento, de tal forma que entiendan la situación y sepan que estamos haciendo para cuidar a su hijo.

Pero aunque todo el personal que se integra en nuestro equipo de trabajo, alumnos en prácticas, eventuales de enfermería y facultativos, asume y entiende que es el modelo a seguir, otros especialistas del hospital tienen mayores reticencias. Cuando son atendidos en nuestras salas de tratamiento nuestro empeño es que se queden junto a sus hijos, pero cuando las exploraciones se realizan fuera de nuestro servicio, el modelo que siguen es que las familias se queden fuera.

Este sistema de trabajo lo llevamos a cabo en todas las áreas y en el de evolución por las mañanas lo realizamos de forma conjunta: los profesionales y la familia. Cada profesional tiene algo que decir y aportar y los padres pueden resolver sus dudas de una vez. Se consigue que todos sepamos en qué situación estamos y el plan de cuidados que tiene el niño. Además conseguimos un nivel de seguridad más alto, por conocer la familia el tratamiento a seguir y pruebas a realizar.

Junto al modelo de cuidados centrados en la familia hemos llevado a cabo una apuesta por minimizar el dolor durante la realización de procedimientos invasivos dolorosos, por lo que la familia puede comprobar que el objetivo de los profesionales y el de ellos es el mismo, realizarlos de una forma que genere menos ansiedad y rebajar el dolor que se pueda originar como consecuencia de la técnica. En relación a esto último utilizamos distintas técnicas, desde administrar glucosa a los < de 3 meses para la venopunción, hasta la sedación para procedimientos más dolorosos como reducción de fracturas o reparación de heridas, y en algunos casos como es el de la utilización del óxido nítrico, suele ser uno de los padres el que le ayuda al niño a utilizar la mascarilla.

CONCLUSIÓN

La experiencia de trabajar bajo el modelo *Family centered care* es muy satisfactoria a pesar de que en los inicios los profesionales dudábamos de que su presencia fuera algo beneficioso para el niño y para nosotros. En la actualidad aunque no hemos realizado una reevaluación de la situación entre los distintos profesionales y familiares, es muy probable que la mayoría respondiera que no sólo no nos incomoda su presencia, sino que en la mayoría de los casos utilizamos a la familia como ansiolítico, y el niño a partir de cierta edad tiene una actitud más colaboradora durante la realización de los procedimientos.

De todas formas aún nos queda camino por recorrer, y en relación con la enfermería, por ejemplo, estamos intentando hacer un pase de relevo a pie de cama en el área de evolución. La propuesta es que al llegar el personal del siguiente turno conozca en la habitación del niño todo lo concerniente a sus cuidados y tratamiento, sirviéndonos de paso como presentación de los profesionales de ese turno. Creemos que la situación del cambio de turno genera cierta ansiedad porque se tiene la creencia de que al cambiar de profesional no hay una continuidad de cuidados, como así nos lo hacen saber en muchas ocasiones. Esta mejora en el cuidado de enfermería no se lleva a cabo por todos los profesionales, y es que como nos ocurrió con la presencia familiar, algunos compañeros no lo ven como una mejora, sino que creen que nos lleva más tiempo que la clásica (contarlo fuera de la habitación y sin la escucha de los padres), pero esperemos que dentro de no mucho tiempo sea rutinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gamell, Anna; Corniero, Patricia; Palazon, Pedro; Parra, Cristina; Trenchs, Victoria; Luaces, Carlos. *Parental presence during invasive procedures in a Spanish pediatric emergency department: incidence, perspectives, and related anxiety* European Journal of Emergency Medicine. 18(4):202-207, August 2011
2. Grif Alspach, RN, MSN, EdD, Editor. The Therapeutic Effects of a Mother's Voice: Should Selected Aspects of Family-Centered Care Be Moved From the Margins to the Center? *Critical Care Nurse* August 2010 vol. 30 no. 4 13-16
3. Gloria Santos González, Rosa Jiménez Tomás, Jesús Sánchez Etxaniz. *Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría opinión de la familia y de los profesionales.* *Emergencias* 2010,22: 175-180
4. Nanette C. Dudley, Kristine W. Hansen, Ronald A. Furnival, Amy E. Donaldson, Kaye Lynn Van Wagenen, Eric R. Scaife. *The Effect of Family Presence on the Efficiency of Pediatric Trauma Resuscitations.* *Annals of Emergency Medicine* Volume 53 issue 6 pag 777-784 June 2009
5. V. Perez Alonso, F. Gomez Saez, L.I. Gonzalez-Granado, P. Rojo Conejo; *Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes?* *Anales Pediatr (Barc).* 2009;70(3):230-234
6. L.I. González Granado, F. Gómez Sáez, V. Pérez Alonso, P. Rojo Conejo *Presencia familiar durante los procedimientos invasivos en urgencias de pediatría opinión de los profesionales.* *Acta pediátrica española*, ISSN 0001-6640, Vol. 66, Nº. 5, 2008 , págs. 225-228
7. Stephen E. Muething, Uma R. Kotagal, Pamela J. Schoettker, Javier Gonzalez del Rey *Family-Centered Bedside Rounds: A New Approach to Patient Care and Teaching.* *Pediatrics* 2007;119:829
8. B. De la Flor Magdaleno, I. Castelo Tarrío, I. Andetxaga Vivanco, N. Peláez Corres, F. J. Gil Martín, A. Aguirre Goitia *Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca;* *emergencias* 2006;18:135-140
9. POLICY STATEMENT Family-Centered Care and the Pediatrician's Role Committee on Hospital Care *Pediatrics* Vol. 112 No. 3 September 2003, pp. 691-696