

## Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures

Fein JA, Ganesh J, Alpern ER.

*Pediatric Emergency Care. 2004;20(4): 224-7.*

La mayoría de los estudios que analizan la presencia de miembros de la familia durante la realización de procedimientos invasivos o dolorosos en niños, están dirigidos al punto de vista de la familia. Estos estudios han evidenciado que los padres quieren estar presentes durante la realización de maniobras invasivas a sus hijos, y ante una situación similar señalan que volverían a estar presentes. Además, su presencia ha mostrado que disminuye la ansiedad vinculada a la maniobra en todos los miembros involucrados de la familia.

El objetivo del artículo fue investigar la opinión del staff de un Departamento de Emergencia Pediátrica sobre las ventajas y desventajas de la presencia de miembros de la familia durante la realización de diferentes procedimientos invasivos, y determinar si esta presencia afecta el trabajo médico. Estudios similares reportan que la mayoría de médicos y nurses, y sobre todo éstas, están de acuerdo en que los padres deben estar presentes cuando se realizan procedimientos invasivos a los niños. Esta aprobación varía según el tipo de procedimiento realizado, disminuyendo a medida que aumenta la invasividad del mismo.

El estudio se llevó a cabo en el Departamento de Emergencia del Hospital de Niños de Filadelfia, entrevistando a los pediatras de guardia, nurses y residentes. Se analizó la opinión de los encuestados sobre nueve procedimientos invasivos (canalización venosa periférica, cateterismo vesical, sutura, punción lumbar, reducción de fractura, colocación de tubo de tórax, intubación endotraqueal, reanimación médica y reanimación traumatólogica). Se preguntó sobre las ventajas y desventajas de la presencia de miembros de la familia para los pacientes, la familia y el staff.

La encuesta fue anónima y fueron analizados 104 cuestionarios.

De los resultados surgió que los médicos y las nurses aprueban en forma similar la presencia de los miembros de la familia en alto porcentaje (97%) para procedimientos poco invasivos: vía venosa, cateterismo vesical y sutura. A medida que aumenta la invasividad del procedimiento, disminuye el porcentaje de aprobación, llegan-

do a porcentajes de 63% para reanimación médica o traumatólogica.

Para los residentes, la aprobación fue similar que las de médicos y nurses para procedimientos poco invasivos (vía venosa, cateterismo vesical y sutura), en tanto que para los otros procedimientos el porcentaje de aprobación fue notoriamente menor, sobre todo para los más invasivos (4% de aprobación para intubación endotraqueal y reanimación).

La mayoría de los integrantes del staff del Departamento de Emergencia consideró beneficioso para el niño, la familia y el equipo médico la presencia de los padres para tranquilizar al niño. Otras ventajas señaladas fueron que los padres se sienten menos impotentes ante la situación y disminuye el miedo a lo desconocido, sabiendo que al niño se "le está realizando todo".

Sin embargo el staff señaló preocupación por el aumento del nivel de ansiedad generado en la sala de procedimientos, la posibilidad de malos resultados por interferencia de los familiares y que éstos queden con un mal recuerdo del momento vivido que posteriormente pueda generar disturbios psicológicos. Otras desventajas señaladas, aunque en un porcentaje muy bajo, fueron el riesgo de potenciales problemas médico-legales y la dificultad de crear un ambiente docente adecuado para la enseñanza de maniobras a los residentes. Las desventajas que la presencia de los padres pueden determinar sobre el staff, fueron señaladas en mayor porcentaje por los residentes, en tanto que los profesionales con mayor nivel de formación académica y experiencia (médicos y nurses) las señalaron con menor frecuencia.

Los encuestados respondieron que es necesario que los servicios que realizan procedimientos invasivos creen un ámbito adecuado para la presencia de familiares durante los procedimientos invasivos o la resucitación. Para ello proponen la implementación de protocolos específicos, la formación de un equipo entrenado en soporte a la familia que esté presente en forma continua a tal efecto, discutir con la familia si quieren o no estar presentes durante el procedimiento, determinar el nú-

mero de familiares que pueden estar presentes y entrenar al staff del Departamento en ayudar y ofrecer soporte a los familiares ante experiencias trágicas.

### Comentario

En nuestro país no es una conducta generalizada que los padres de los niños sometidos a procedimientos invasivos estén presentes durante el mismo, sobre todo

cuando éstos son más complejos o existe riesgo de vida para el paciente. Este artículo comunica que para el staff médico de emergencia son más las ventajas que las desventajas cuando los padres acompañan a sus hijos en situaciones críticas. Considero que debe seguirse este camino y desarrollar estrategias de continencia familiar por personal entrenado previamente en ésta temática.

*Dr. Javier Prego*

*Coordinador del Departamento de Emergencia Pediátrica  
Centro Hospitalario Pereira Rossell  
Ex Profesor Adjunto de Pediatría*

---

## Comparison of growth in primary Fanconi syndrome and proximal renal tubular acidosis

Shu-Yeh Hsu. I. Jung Tsai. Yong-Kwei Tsau

*Pediatr Nephrol (2005); 20: 460-4*

La acidosis tubular proximal (ATP) se caracteriza por acidosis metabólica hiperclorémica secundaria a un trastorno en la reabsorción proximal de bicarbonato. La falla de crecimiento es el síntoma más frecuente, como en otros tipos de acidosis tubular renal. Otros síntomas incluyen: vómitos, anorexia, estreñimiento, poliuria que puede determinar episodios de deshidratación.

El síndrome de Fanconi (SF) es una disfunción del túbulo proximal caracterizado por compromiso en la reabsorción de bicarbonato, fosfato, aminoácidos, glucosa y ácido úrico con pérdidas concomitantes de sodio y potasio.

Puede ser primario, hereditario en algunas ocasiones o secundario a cistinosis, intoxicación por plomo, enfermedad de Wilson, enfermedades sistémicas y a algunos medicamentos.

Este estudio se realiza con el objetivo de analizar el crecimiento de niños con ATP y SF y comparar posible diferencia entre ambos.

Se estudiaron seis niños con SF idiopático y 15 niños con ATP primaria realizándose un seguimiento desde 1979 a 2003.

Se realizó tratamiento con suplementos de bicarbonato de sodio en ambos grupos de pacientes y aporte oral de sales de potasio y fósforo y vitamina D3 en algunos pacientes.

Se valoraron peso, estatura, velocidad de crecimiento y parámetros humorales, ionogramas, Ca, P y bicarbonato cada 3-6 meses.

Se observó que la edad de diagnóstico fue significativamente mayor en los pacientes con SF. La estatura, si bien estuvo comprometida en ambos grupos, era significativamente menor en pacientes con SF.

En el seguimiento y bajo tratamiento, si bien se observó mejoría en el peso en ambos grupos, en lo que respecta a la estatura la recuperación fue significativamente mayor en los pacientes con ATP que en los con SF.

En lo que respecta a los controles metabólicos, la acidosis metabólica fue más frecuente en los pacientes con ATP, la hipofosfatemia por el contrario lo fue en los de SF. No hubo diferencias en la proporción de hipopotasemias entre ambos grupos.

Es bien conocido el efecto favorable de la corrección de la acidosis sobre la velocidad de crecimiento en pacientes con acidosis tubular.

El diagnóstico temprano y el tratamiento de la acidosis tubular distal permiten un crecimiento normal con el logro de una estatura normal a la edad adulta.

Los datos de este trabajo demuestran que este mismo 'catch up' puede lograrse en pacientes con acidosis tubular proximal.

La demora en el diagnóstico, la acidosis no corregida en 45% de las determinaciones así como las frecuentes hipopotasemias fueron responsables de un caso de falla de crecimiento persistente.

Comparando los pacientes con SF, los autores observan que estos últimos no muestran una recuperación significativa en su talla, lo que atribuyen en parte a una mayor demora en el diagnóstico y tratamiento de esta afección.

Si bien los casos con SF corrigieron mejor su acidosis, no obtuvieron el 'catch up' deseado. Se planteó que la mayor frecuencia de hipofosfatemia y de raquitismo, que se observó en el 50% de los casos de SF y en ningún caso de ATP, pueda contribuir al retardo de crecimiento de estos pacientes similar a lo observado en el raquitismo hipofosfatémico familiar.

Hay trabajos que muestran un buen 'catch up' en pacientes con SF con buen control metabólico del fósforo.

---

## Comentario

Si bien las tubulopatías son poco frecuentes en niños, pensamos que hay un subdiagnóstico de las mismas. Los pediatras debemos pensar en ellas en los casos de retardo del crecimiento y evaluar en forma completa el medio interno. Esto permitirá detectar tempranamente causas de hipocrecimiento como acidosis metabólica, hipopotasemia, hiponatremia, hipofosfatemia, etcétera. La búsqueda a nivel urinario de pérdidas elevadas de bicarbonato o eliminación defectuosa de hidrogeniones, hipercalciuria, hiperfosfaturia, hipercloruria, permitirá el adecuado diagnóstico de diferentes tubulopatías. Éstas pueden ocasionar no sólo fallas graves en el crecimiento sino también nefrolitiasis, nefrocalcinosis que pueden conducir a la insuficiencia renal crónica como en la acidosis tubular distal, síndrome de Dent, síndrome de Bartter. Es en el trabajo conjunto de pediatras y nefrólogos que podremos lograr la prevención de las consecuencias del retardo del diagnóstico de estas enfermedades.

*Dra. Marina Caggiani*  
*Ex Prof. Adjunto de Pediatría*  
*Nefróloga*