

Seguridad del paciente

Sección a cargo del Comité de Calidad y Seguridad del paciente HNRG^a

De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura

From bystanders to allies: the role of the family in safe pediatric resuscitation

Mónica Garea^b, Miriam Peralta^c

Introducción

La seguridad del paciente constituye un eje central en la calidad de la atención sanitaria. En el caso de los recién nacidos y niños, la vulnerabilidad biológica y la dependencia total del cuidado profesional exigen protocolos específicos y sistemas robustos para prevenir eventos adversos.^{1,2} La participación activa de los pacientes y sus familias en el proceso asistencial es reconocida por organismos internacionales como un componente esencial de la atención segura y de calidad.

En el año 2002, The Joint Commission (TJC), en conjunto con los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), emitieron lineamientos relacionados con la protección de los derechos del paciente en cuanto a las visitas y la compañía durante la hospitalización. De esta colaboración surgió el programa “*Speak Up*”, una iniciativa destinada a fortalecer la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica, promoviendo la participación activa del paciente y su familia en las decisiones y cuidados clínicos.³

Uno de los pilares del programa fue el desarrollo de estándares que alientan a los hospitales a permitir la presencia de un familiar, amigo o persona significativa junto al paciente, con el propósito de brindar apoyo emocional y mejorar la experiencia asistencial. Esta medida se fundamenta en la evidencia de que la implicación familiar puede favorecer la comunicación, reducir la ansiedad del paciente y contribuir a la seguridad mediante una vigilancia compartida.

En pediatría, la presencia familiar adquiere especial relevancia. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatizan que la atención centrada en la familia es un componente fundamental de la calidad asistencial.² En este marco, la presencia de los padres durante la resucitación cardiopulmonar pediátrica

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-
Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

(RCP) representa una extensión del derecho al acompañamiento, siempre que se implemente de manera segura y con apoyo profesional.^{4,5}

Antecedentes

En contextos de paro cardíaco pediátrico, la inclusión de los padres en el proceso de RCP ha generado debate clínico, ético y psicológico, ya que constituyen escenas de alta carga emocional tanto para el equipo de salud como para los padres.

Tradicionalmente, la exclusión de padres de la reanimación se basa en el temor a que interfieran, causen más estrés o secuelas psicológicas. Existe un número creciente de investigaciones que indican que la presencia parental durante la RCP puede redundar en beneficios concretos, sin comprometer la calidad de la atención.⁶⁻¹⁰

En el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, la presencia de familiares durante la RCP se implementa desde hace varios años. En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se cuenta con la presencia de Instructores en Pediatric Advanced Life Support (PALS), que actúan como facilitadores durante la RCP y hacen que mejore la situación de duelo por la que atraviesa la familia. Con protocolos adecuados y personal de apoyo, la presencia parental es viable y beneficiosa tanto para las familias como para el equipo sanitario.

Nos proponemos presentar los últimos avances sobre la presencia de los padres durante la RCP, para analizar sus beneficios y riesgos y proponer recomendaciones para su implementación en entornos hospitalarios.

Presencia Familiar Durante la RCP: Beneficios y Recomendación Clínica

La evidencia científica actual respalda que permitir la presencia de familiares durante la RCP es una práctica beneficiosa que no compromete la calidad de la atención. Un estudio multicéntrico y aleatorizado en adultos demostró que esta presencia no solo evitó resultados perjudiciales en el paciente, sino que impactó positivamente en los familiares al reducir los síntomas de depresión y el duelo prolongado.⁷ Este beneficio es aún más notorio en el ámbito pediátrico, en un estudio de Rahmawati et al (2025) indicaron que los padres que presencian la RCP de sus hijos reportaron mayor satisfacción, menor culpa y una mejor integración del proceso, ya sea de muerte o de sobrevivencia.⁸

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-
Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

Por lo tanto, las guías clínicas recientes han adoptado una postura clara, recomendando que la presencia familiar sea una opción ofrecida al núcleo cercano, siempre que se provea el apoyo adecuado (como un facilitador), dado que no se ha demostrado una interferencia objetiva o una disminución en la calidad del proceso de atención.

La creciente evidencia científica apoya de manera sólida la política de permitir la presencia de familiares durante la RCP, ya que esta práctica ofrece beneficios concretos sin comprometer la calidad de la atención médica.

Riesgos, barreras y preocupaciones

A pesar de los beneficios potenciales asociados a la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar, esta práctica continúa generando controversias dentro de los equipos de salud. Las principales resistencias no se vinculan únicamente a la evidencia clínica disponible, sino también a factores organizacionales, culturales y emocionales que influyen en la toma de decisiones durante situaciones críticas. En este contexto, resulta fundamental analizar los riesgos percibidos, las barreras institucionales y las preocupaciones del personal sanitario, ya que estos elementos condicionan de manera significativa la aceptación e implementación de la presencia familiar en los escenarios de reanimación¹⁰. El personal sanitario a menudo manifiesta inquietudes respecto a que la presencia familiar pueda incrementar el estrés del equipo, interferir con maniobras o provocar litigios.¹¹

Si bien la evidencia sugiere que los riesgos son bajos, la implementación práctica aún es limitada en muchos hospitales, debido a falta de políticas institucionales y formación.¹² Culturalmente, la aceptación varía. Estudios en diferentes países muestran que factores como la experiencia del equipo, la existencia de protocolos y la capacitación influyen en la actitud hacia esta práctica. Sin embargo, en otros, sugieren que la actitud de médicos y enfermeras hacia la presencia familiar en la resucitación podría estar influenciado por sus conexiones con el paciente.¹³

Desafíos y Percepciones del Personal Sanitario

A pesar de la sólida evidencia que respalda los beneficios de la Presencia Familiar durante la Reanimación Cardiopulmonar (PF-RCP), la implementación práctica de esta política

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

enfrenta barreras significativas, principalmente relacionadas con las percepciones y temores del personal sanitario. El equipo médico y de enfermería a menudo manifiesta inquietudes concretas, como un posible incremento del estrés durante la RCP, la interferencia directa con las maniobras de reanimación o un aumento en el riesgo de litigios; no obstante, la evidencia empírica sugiere que estos riesgos son bajos.

La limitada adopción de la PF-RCP en muchos hospitales se debe en gran medida a la falta de políticas institucionales claras y a la carencia de formación específica. Además, la aceptación es culturalmente variable: estudios internacionales indican que la actitud del personal está fuertemente influenciada por la existencia de protocolos definidos, la experiencia previa del equipo y la capacitación recibida. Sin embargo, en algunas culturas o entornos específicos, la actitud de médicos y enfermeras puede incluso estar sutilmente influenciada por sus conexiones personales con el paciente o la familia.

Condiciones para el éxito

La bibliografía señala que para que la presencia de los padres durante la RCP sea adecuada, se requiere:

1. Política institucional escrita que regule la opción de presencia familiar.¹²
2. Miembro de apoyo familiar (facilitador, que puede ser cualquier miembro del equipo de salud que esté capacitado en RCP) que acompañe a los padres, explique lo que está pasando, mantenga límites y posibilite que se retiren si lo desean.¹⁰
3. Capacitación del equipo en aspectos de comunicación, roles y dinámicas con la familia presente.
4. Espacio físico adecuado (visibilidad, seguridad, posibilidad de contacto limitado) que permita la presencia sin obstaculizar la actuación clínica.¹⁰

Recomendaciones para la práctica institucional

A partir de la evidencia disponible y del análisis de los beneficios y desafíos asociados a la presencia de los padres durante la RCP pediátrica, resulta necesario formular recomendaciones orientadas a la práctica institucional. Estas recomendaciones buscan guiar a los servicios de salud en la implementación segura, ética y organizada de esta estrategia, garantizando

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

tanto la calidad de la atención clínica como el acompañamiento adecuado de la familia. La incorporación de lineamientos claros permite reducir la variabilidad en la práctica, fortalecer la atención centrada en la familia y asegurar que la presencia parental durante la RCP se desarrolle en un marco de respeto, contención y profesionalismo.

1. Desarrollar y difundir un protocolo institucional que contemple la opción de presencia de padres durante RCP pediátrica, con roles definidos para el facilitador familiar.
2. Capacitar al equipo sanitario (médico, enfermería, auxiliares) en dinámicas de RCP con familia presente: comunicación, contención, límites, logística.
3. Designar un facilitador familiar en cada activación de RCP, responsable de acompañar a los padres, explicar la situación en términos respetuosos y asegurar su seguridad emocional.
4. Prever el espacio físico: asiento para padres, ubicación que permita visibilidad sin entorpecer, posibilidad de retirada voluntaria.
5. Evaluar la práctica periódicamente mediante entrevistas a familias y al equipo, revisar incidencias, modificar el protocolo según evidencia emergente.
6. Considerar factores culturales y contextuales: en Argentina, adaptar el lenguaje, las expectativas y la logística al entorno hospitalario local.

Proceso de Check list utilizado en la Unidad de Cuidados intensivos pediátricos del HNRG realizado por el Equipo de PALS de la UCIP

Guía para el facilitador familiar (checklist)

Antes de ingresar a los padres deberá:

- ✓ Evaluar espacio físico
- ✓ Consultar al coordinador de RCP
- ✓ Explicar brevemente qué está ocurriendo
- ✓ Preguntar si desean estar presentes

Durante la RCP es necesario:

- ✓ Disponer de un lugar confortable, con sillas

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

- ✓ Mantener postura calmada
- ✓ Evitar lenguaje técnico excesivo
- ✓ Facilitar respiración calma en los padres
- ✓ Asegurar distancia segura

Después de la RCP el facilitador

- ✓ Acompañar a un espacio tranquilo
- ✓ Explicar el desenlace con claridad
- ✓ Responder preguntas básicas
- ✓ Ofrecer apoyo psicológico/hospitalario

Conclusión:

La presencia de los padres durante la RCP pediátrica constituye un cambio paradigmático hacia un modelo de atención centrado en la familia, en el que los cuidadores son reconocidos como parte activa del proceso asistencial y no como observadores externos. La evidencia disponible respalda esta práctica desde los puntos de vista ético y psicológico, sin que se haya demostrado un impacto negativo sobre la calidad, eficacia o seguridad del procedimiento de reanimación.

El ofrecer a los padres la posibilidad de presenciar la RCP puede disminuir sentimientos de impotencia, culpa y exclusión, además de favorecer la comprensión del estado clínico del niño y la percepción de que se realizaron todos los esfuerzos posibles. Estos factores contribuyen positivamente al proceso de duelo o aceptación, especialmente en casos de desenlace desfavorable. Desde la perspectiva del equipo de salud, si bien la implementación de esta práctica requiere un período de adaptación, también puede promover una comunicación más transparente, fortalecer la relación con la familia y consolidar una cultura institucional basada en la humanización de la atención.

Resulta imprescindible contar con protocolos institucionales claros, personal capacitado y un profesional designado para acompañar y contener emocionalmente a la familia durante el procedimiento. Asimismo, debe respetarse la autonomía de los padres, garantizando su derecho a decidir no presenciar la reanimación si así lo prefieren.

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

En el contexto de los sistemas de salud de Argentina y otros países de América Latina, la incorporación de esta práctica representa una oportunidad para mejorar la experiencia de las familias en situaciones críticas. Su aplicación dependerá de factores como los recursos disponibles, el nivel de complejidad del hospital, la capacitación del personal y la cultura organizacional. En particular, en hospitales pediátricos, la adaptación de esta estrategia puede contribuir a humanizar la atención, fortalecer la confianza entre los padres y el equipo de salud, y avanzar hacia modelos asistenciales más integrales y centrados en la familia.¹⁴

Bibliografía:

1. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
2. World Health Organization. Patient Safety: A World Alliance for Safer Health Care – Forward Programme 2021–2030. Geneva: WHO; 2021. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>
3. The Joint Commission. Speak Up™: About Your Care. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2002. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/for-patients/speak-ups/about-your-care>.
4. Tiscar González V, Gastaldo D, Moreno Casbas MT, et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. Aten Primaria 2019; 51(5): 269–277.
5. Costa CP, Laranjeira C. Ventajas de la presencia de la familia en la reanimación pediátrica o en procedimientos dolorosos. Enferm Glob. 2016; 15 (41): 384-399.
6. Dainty KN, Atkins DL, Breckwoldt J, et al. International Liaison Committee on Resuscitation's (ILCOR) Pediatric; Neonatal Life Support Task Force; Education, Implementation and Teams Task Force. Family presence during resuscitation in paediatric and neonatal cardiac arrest: A systematic review. Resuscitation. 2021;162:20-34. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.01.017. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33577966.
7. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med. 2013; 368(11):1008-18. doi: 10.1056/NEJMoa1203366.
8. Rahmawati I, Page T, Conlon L, et al. The impact of being present during in-hospital resuscitation on family members: a scoping review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2025; 24(5):688-697. doi: 10.1093/eurjcn/zvaf054. PMID: 40178372.
9. Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, et al. Ethical issues in resuscitation and end-of-life care. Circulation. 2015; 132(18 Suppl 2):S383–S396.
10. Resuscitation Council UK. Presence of family members at the clinical emergency of children and babies. 2023. [Internet] [Consultado 1-1-2026]. Disponible en:

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG

<https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2023-02/RCUK%20Presence%20of%20Family%20Members%20February%202023%20V3.1.pdf>

11. Amiri MM, Nukpezah RN, Yıldırım M, et al. Attitudes And Barriers of Emergency Nurses and Physicians Toward Family Presence During Resuscitation in Iran: A Cross-Sectional Study. *J Emerg Nurs.* 2025; 51(1):124-134. doi: 10.1016/j.jen.2024.07.004.
12. Abuzeyad FH, Elhobi A, Kamkoum W, et al. Healthcare providers' perspectives on family presence during resuscitation: emergency departments in Bahrain. *BMC Emerg Med.* 2020; 20(1):69. doi: 10.1186/s12873-020-00365-4.
13. Hosseinnia S, Soheili A, Feizi A. Attitudes of Iranian Emergency Department Staff Toward Family Presence During Resuscitation. *J Caring Sci.* 2025; 14(3): 205-213. doi: 10.34172/jcs.025.33656.
14. Garea M, Magnante D. Presencia y comunicación con la familia durante la reanimación cardio-pulmonar. Reanimación Cardiopulmonar en Pediatría. Editorial Médica Panamericana. 2024: Capítulo 26. 223 - 227.

Forma de citar: Garea M, Peralta M. De espectadores a aliados: el rol de la familia en la reanimación pediátrica segura. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2025;67 (299):485-492

a. Lic. Miriam Peralta, Dr. Walter Joaquín, Bqca Sandra Ayuso, Fca. María Ana Mezzenzani, Dr. Fabián Salgueiro, Dra. Mónica Garea, Dra. Sandra Romero, Dra. Silvana Salerno, Fca. María Gutiérrez, Dra. Gladys Palacios, Lic. Lorena Navarro, Lic. Miriam Aguirre, Dra. Claudia Berrondo, Fca. Julia Grunbaum-
Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica de planta. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, HNRG.

c. Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Jefa de la Unidad de Terapia Física y Kinesiología. Coordinadora del Comité de Calidad y Seguridad del paciente, HNRG