

**ACOMPANYAMENT DURANT LA
REANIMACIÓ CARDIOPULMONAR
INFANTIL: IMPLICACIONS PER
FAMILIARS I PROFESSIONALS
SANITARIS**
Revisió bibliogràfica

Treball de Final de Grau
Curs acadèmic: 2023-2024
Alumna: María Fernández López
Tutora: Dra. Josefina Patiño Masó

*"If a society values children it must take care of their
parents as a treasure".*

John Bowlby

AGRAÏMENTS

Em sento profundament agraïda amb totes les persones que han fet que aquest treball fos possible i m'han animat des d'un inici.

En primer lloc, a la meva tutora Dra. Josefina Patiño Masó que des de la primera tutoria es va mostrar interessada amb la meva idea i em va animar donant-me la força i la seguretat en mi mateixa que necessitava.

En segon lloc, a les meves companyes de pis, amics i amigues que han estat un suport emocional des d'un inici. En especial l'Helena Torroja per oferir-me casa seva com si fos la meva i a la seva germana l'Alba Torroja per tractar-me en tot moment com una germana més i iniciar-me en el meravellós món de la recerca en infermeria.

En tercer lloc, a la meva parella l'Álvaro Vázquez que m'ha aportat molts coneixements de disseny dels programes Word i Canva, cosa que fa que sigui molt més atractiva la lectura d'aquest document. Per altra banda, m'ha animat i m'ha recordat en els moments més difícils que era capaç de dur a terme tot el que em proposes.

Per acabar agraïda amb la meva família que m'ha donat suport en aquest projecte animant-me davant de les dificultats com ho fan en tots els meus projectes i creient en mi des del moment que els vaig platejar la idea.

ÍNDIX

1. MARC TEÒRIC	6
1.1 MODEL D'ASSISTÈNCIA PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE.....	6
1.1.1 CONCEPTES BÀSICS DEL MODEL PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE AMB USUARIS/ÀRIES PEDIÀTRICS/QUES	6
1.1.2 BENEFICIS DE LA IMPLEMENTACIÓ DEL MODEL PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE	8
1.2 EDAT PEDIÀTRICA.....	8
1.3 EMERGÈNCIA VITAL I RCP EN PEDIATRIA.....	11
1.4 TEORIA DE L'AFERRAMENT I TIPUS DE VINCLE	15
1.4.1 VINCLE SEGUR EN SITUACIÓ D'EMERGÈNCIA.....	16
1.5 URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES I PRESENCIA DELS/LES PROGENITORS/ES A L'ACTUALITAT	18
1.6 RELACIÓ DEL TREBALL AMB ELS OBJECTIUS DE DESENVOLUPAMENT SOSTENIBLE.....	19
2. OBJECTIU	21
3. MÈTODE	22
3.1 CRITERIS D'INCLUSIÓ	22
3.2 CRITERIS D'EXCLUSIÓ	22
3.3 ALGORITME DE CERCA	23
4. RESULTATS	27
5. DISCUSSIÓ.....	43
5.1 PERSPECTIVA DE LA FAMÍLIA	43
5.2 PERSPECTIVA DELS/LES PROFESSIONALS DE LA SALUT	44
5.3 LIMITACIONS	46
6. APLICABILITAT DE L'ESTUDI A LA PRÀCTICA INFERMERA.....	47
7. CONCLUSIONS.....	48
8. BIBLIOGRAFIA.....	50

1. RESUM

Introducció: La presència dels/les pares/mares o tutors/es en els procediments emergents és una qüestió controvertida que es troba subordinada per la visió dels/les pares/mares i els/les professionals implicats. Per altra banda, els seus beneficis es troben poc investigats.

Objectiu:

- Determinar els avantatges i els inconvenients de la presència dels/les pares/mares en la reanimació cardiopulmonar pediàtrica dels/les seus/ves fills/es ja sigui pels/les progenitors/es i/o pels/les professionals sanitaris/àries que atenen aquests/es infants.

Metodologia: Revisió bibliogràfica. S'han revisat les bases de dades Pubmed, Elsevier, Cinhal, Dialnet Plus, Cochane Library i Scielo durant els mesos de desembre de 2023 a abril de 2024.

Resultats: En aquest estudi, s'han seleccionat un total de 13 articles, inclosos 1 metaanàlisi, 4 revisions sistemàtiques, 1 estudi de cohorts i 7 estudis descriptius transversals.

Conclusions: La presència dels/les pares/mares durant la RCP dels/les seus/ves fills/es suposa que els/les progenitors/es experimentin major confiança i disminució de l'estrès quan són acompanyats/des per un/a membre de l'equip sanitari amb experiència en aquest tema. Els/Les professionals veuen positiva la presència dels/les pares/mares, però pensen que aquests/es requereixen acompanyament especialitzat. Sense aquest suport, poden sorgir estrès, errors i interferències en el procés de RCP de l'infant. Cal establir protocols institucionals per millorar l'experiència de tots els/les implicats/des, incloent-hi presència continuada, disposar d'un espai específic per a la família i acompanyament dels/les progenitors/es per professionals experimentats durant tot el procés.

Paraules clau: *“Family presence”, “Parent presence”, “resuscitation”, “pediàtrics”, “nurse”, “children”*

2. ABSTRACT

Introduction: The presence of parents or tutors in emerging procedures is a controversial issue that is subordinated by the vision of the parents and the professionals involved. On the other hand, its benefits are poorly investigated.

Objective:

Determine the advantages and disadvantages of the presence of parents in pediatric cardiopulmonary resuscitation of their children, either for the protectionists and / or for the health professionals who care for these children.

Methods: Bibliographic review. The Pubmed, Elsevier, Cinhal. Dialnet Plus, Cochrane Library and Scielo databases were reviewed during the months of December 2023 to April 2024.

Results: A total of 13 articles have been selected in this study, including 1 meta-analysis, 4 systemic reviews, 1 chort study and 7 transversal descriptive studies.

Conclusions: The presence of parents during the cardiopulmonary resuscitation of their children means that parents experience greater confidence and decreased stress when accompanied by a member of the health team with experience in this topic. Professionals see the presence of parents positively, but think that they require specialized support. Without this support, stress, errors and interferences may arise in the child's cardiopulmonary resuscitation process. Institutional protocols must be established to improve the experience of all those involved, including continuous presence, having a specific space for the family and accompaniment of the parents by experienced professionals throughout the process.

Keywords: "Family presence", "Parent presence", "resuscitation", "pediatrics", "nurse", "children".

1. MARC TEÒRIC

1.1 MODEL D'ASSISTÈNCIA *PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE*

Aquest model oficialitzat l'any 1992 es basa a posar com a centre de les cures a l'usuari/a i a la seva família, creant una associació mútuament beneficiosa. D'aquesta manera es redefeixen les relacions entre els/les professionals de la salut i l'usuari/ària posant èmfasi en la col·laboració d'aquest/a i la seva família. Permetent que aquests/es adquireixin un paper actiu en la participació de les cures i la presa de decisions. Aquest apoderament i presa de control genera un context que permet promoure la salut i el benestar mitjançant l'educació sanitària i quedant com a professionals sanitaris/àries en un segon pla (1).

Aquesta perspectiva posa de manifest el fet que els/les usuaris/àries i les famílies són aliats/des essencials per la qualitat i la seguretat de les cures, no només en l'atenció directa als/les usuaris/àries sinó en la millora de la qualitat de les cures, les iniciatives segures, l'educació dels/les professionals sanitaris/àries, recerca, el disseny d'instal·lacions funcionals i el desenvolupament de polítiques (1).

Va ser l'any 2003 quan L'*American Academy of Pediatrics* va incorporar aquest model com un estàndard de l'atenció universal als/les infants (2). No obstant això, actualment el fet que aquest model provingui dels models *Family centred Care* i *Patient Centred Care*, les diferències conceptuals i característiques d'aquests dos models, genera que en l'aplicació a les cures infermeres aparegui una barrera a causa de l'ambigüïtat en el concepte en la implementació (3).

1.1.1 CONCEPTES BÀSICS DEL MODEL *PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE* AMB USUARIS/ÀRIES PEDIÀTRICS/QUES

Els conceptes bàsics del model *Patient and Family Centred Care* en usuaris/àries pediàtrics/ques es poden veure a la Taula 1.

Taula 1: Conceptes bàsics del model *Patient And Family Centred Care* en usuaris/àries pediàtrics/ques.

CONCEPTE	DEFINICIÓ
Escoltar i respectar:	Escoltar i respectar a tots/es els/les infants. Honrant diferències i incorporant-les d'acord amb la preferència de l'infant i la família a la prestació de cures.
Flexibilitat:	En les polítiques organitzatives, procediments i pràctiques per adaptar els serveis a les necessitats dels/les usuaris/àries, facilitant elecció sobre els mètodes de cura.
Informació completa:	Informació completa, honesta i imparcial a usuaris/àries i famílies de forma que aquesta sigui profitosa i es trobi adaptada a la cultura i alfabetització sanitària. Fomentar la participació dels/les pares/mares.
Suport emocional:	Formes formals i informals de suport emocional en cada etapa de la vida de l'infant.
Col·laboració:	Col·laboració vital amb infants i famílies a tots els nivells d'atenció sanitària, incloent-hi disseny de centres. Participació activa en comitès per millorar seguretat i qualitat. Implicació en investigació mèdica amb influència a l'agenda i compartir resultats.
Conèixer als infants:	Reconèixer i aprofitar aptituds de cada infant i família i apoderar-los/les per descobrir les seves pròpies fortaleeses, construir la seva confiança per permetre que participin en la presa de decisions de l'atenció sanitària.

Font: (2)

1.1.2 BENEFICIS DEL LA IMPLEMENTACIÓ DEL MODEL *PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE*

L'estudi *Parents' experiences of Family Centred Care practices* demostra que més del 85% dels/les progenitors/es expressen experiències positives en rebre la pràctica del model *Patient and Family Centred Care* (4), recalquen la importància i l'impacte que les accions del personal sanitari poden tenir tant positivament com negativament en l'experiència dels/les pares/mares (5). Alguns d'aquests beneficis són els següents (2,4):

- L'atenció primària d'alta qualitat i que segueix el model mencionat està associada amb una reducció significativa de les visites no urgents als serveis d'urgències pediàtriques (SUP).
- La presència de la família durant els procediments rutinaris i emergents disminueix l'ansietat de l'infant i dels/les progenitors/es. Diferents estudis indiquen que quan la família es troba informada i s'han seguit els conceptes bàsics del model no es prolonguen els procediments ni generen un ambient ansiós per l'infant ni els/les professionals sanitaris/àries.
- Augmenta la participació dels/les progenitors/es en la presa de decisions i les cures dels/les seus/ves fills/es, ja que aquests/es senten que formen part i tenen un paper important en el procés de cura del/la seu/va fill/a.
- Disminueix l'ansietat dels/les progenitors/es, pel fet que tenen la informació necessària adaptada all seu nivell d'alfabetització sanitària que els permet prendre decisions en la cura dels seus fills.

1.2 EDAT PEDIÀTRICA

L'edat que compren la pediatria és un tema que genera controvèrsia entre els/les diferents autors/es i països. De forma general es determina que l'edat pediàtrica compren des del naixement fins als 18 anys (6). Pel que fa a l'atenció al centre d'atenció primària a Catalunya (CAP), l'atenció pediàtrica compren des del naixement fins als 15 anys en què l'atenció a aquests/es usuaris/es queda a càrrec dels/les metges/esses de família (7).

Com s'ha comentat l'edat pediàtrica es divideix i classifica en diferents grups. A continuació a la Taula 2 es troba el desenvolupament de l'usuari/ària pediàtric/a en diferents àrees:

Taula 2. Desenvolupament de l'usuari/ària en edat pediàtrica

Edat	Desenv. Físic	Desenv. Cognitiu	Desenv. Emocional	Desenv. Lingüístic	Desenv. Moral
Nounat 0-1m	-Gran creixement i augment pes.	- Relaciona l'acte de plorar amb una resposta de les figures d'aferrament.	- Períodes d'alerta-vigília, la seva interacció social es limita a 40 min diaris.	No s'inicia.	No s'inicia.
Lactant: 1a	- Augment ràpid del pes fins 6m. - Estabilitat del cap. - Flexió del tronc. - Adquireix força a les mans.	- Fase precoç de la relació causa-efecte. - Primera fase del desenvolupament de la personalitat. - Sensacions i accions reproduïdes a voluntat.	- Apareixen emocions primàries. -Emparella expressions afectives amb els/les pares/mares. -S'inicia la permanència d'un objecte.	- Domini de la comunicació no verbal. -Comparteixen emocions. - Diferencien els idiomes. - Primera paraula.	No s'inicia.
Lactant: 2a	- Cames curtes, tors llarg, gran lordosis lumbar i abdomen sortint. - S'inicia la deambulació. - Aparença de <i>genu varo</i> .	- Major exploració del medi ambient. - L'aprenentatge segueix la fase sensitiva motora de Piaget. - Imitació dels/les pares/mares i germans/es grans. - Inici de joc simbòlic.	- Irritabilitat abans de començar a caminar, eufòria quan ho aconsegueixen. - Apareix el tipus d'aferrament que marcarà la capacitat d'exploració. - Major autonomia i separació. - Inici de les rebequeries, la qual cosa reflecteix la seva incapacitat per posposar la seva satisfacció, suprimir o desplaçar la ira o comunicar verbalment els seus estats emocionals.	- El llenguatge passa de <i>receptiu</i> a <i>expressiu</i> . - Respon de forma adequada a expressions simples. - Ús de 4/6 paraules de forma espontània i correcte.	No s'inicia.

<p>Preescolar:</p> <p>2-5a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augment de l'àrea cortical gris, canvi en el volum d'aquesta. - S'inicia un canvi en les propietats de teixit de la matèria gris i blanca. - Augment de la demanda metabòlica del cervell. - Guany de pes considereble, el tors del nen s'aprima i les cames s'allarguen. - <i>Gnenu valgo</i> i el peu pla lleu. - Marxa segura i corre de forma estable. -Control d'esfínters. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fase preoperacional de Piaget, pensament màgic, egocentrisme i pensament dominat per la percepció, no per l'abstracció. - Egocentrisme, incapacitat de l'infant per adoptar el punt de vista d'un altre i no necessàriament implica egoisme. - Compren el significat de la identificació del gènere. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptació dels límits, alhora que conserven una sensació de direcció pròpia, control dels impulsos agressius i sexuals, i interacció amb un cercle cada cop més ampli. - Por, cansament excessiu, gana, expectatives poc coherents o la incomoditat física també provoquen rebequeries. - Apareix el pudor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inici de l'ús de distribucions de freqüència per identificar unitats fonètiques i diferenciar així les paraules en el seu idioma matern davant d'altres idiomes. - Abstracció les regles complexes de gramàtica des del llenguatge de l'entorn i generació d'hipòtesis implícites. - Expressen sentiments. 	<p>No s'inicia.</p>
<p>Infància</p> <p>Mitjana: 6-11a</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Creixement discontinu en 3-6 etapes. - Allargament de les cames. -Dentició definitiva. -Hormonal: major sensibilitat del hipotàlem i la hipòfisi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deixen enrere el pensament màgic, egocèntric i s'inicia pensament que es regeix pels fenòmens observables. -Conceben més d'una percepció i punts de vista. -Les capacitats cognitives 	<ul style="list-style-type: none"> -Independència progressiva i marcada per noves experiències. - Desenvolupament de la identitat de gènere. 	<ul style="list-style-type: none"> -Es troba desenvolupada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Començaran a tenir consciència (internalització de les normes de la societat) als 6 anys. - Sentit de reciprocitat.

<p>Adolescència Inicial: 11-13a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les dones adquireixen caràcters secundaris. - Els homes, augment testicular i inici del creixement dels genitals. - Inici de creixement en alçada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Malgrat el desenvolupament de la cognició operativa formal, pot ser que aquesta s'apliqui de manera poc consistent en els diferents àmbits. - Egocentrisme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultat per la regulació emocional i la presa de decisions. - Gran impacte emocional relacionat amb l'acceptació social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es troba desenvolupat. 	<ul style="list-style-type: none"> -Necessitat d'intimitat que en la infància i es comença a apreciar la privadesa dels propis pensaments.
<p>Adolescència Mitjana:13-18a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les dones adquireixen la màxima velocitat de creixement, aparició de la menarquia en cas de no haver aparegut abans. -Els homes es dona un creixement en alçada, aparició de caràcters sexuals secundaris, emissions nocturnes, creixement, aparició del pèl facial o corporal i canvis en la veu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparició del pensament abstracte. - Capacitat per percebre les implicacions futures però, és possible que no les apliqui en la presa de decisions. - Percepció de singularitat. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentiment d'immortalitat i immunitat a les conseqüències de les conductes arriscades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Es troba desenvolupat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capaç de tenir en compte les necessitats i sentiments dels altres.

Font: (6)(8)(9)

1.3 EMERGÈNCIA VITAL I RCP EN PEDIATRIA

Per tal d'avaluar si l'usuari/ària pediàtric/a atès/a es troba en emergència vital o en risc d'emergència, és important disposar d'una eina útil, fàcil d'aplicar, eficient, vàlida i confiable, per determinar la gravetat de la malaltia o lesió (10).

El Triangle d'avaluació pediàtrica(TAP) es tracta d'una avaluació de l'estat fisiològic de l'usuari/ària sense ser necessària l'exploració física de l'infant ni la pressa de constants. Per poder valorar-lo/la en condicions ideals, la millor manera és fer-ho als braços d'un/a dels/les seus/ves progenitors/es o prop d'ells/es (11).

Es compon de tres costats: aparença, respiració i circulació, a continuació els aspectes que valorem per considerar un dels tres àmbits alterats es poden veure a la Taula 3 (11):

Taula 3. Aspectes a valorar en el triangle d'avaluació pediàtrica

APARENÇA: idea de la perfusió i oxigenació cerebral	RESPIRACIÓ: idea de la ventilació i oxigenació.	CIRCULACIÓ: idea de perfusió cardíaca i dèbit cardíac.
To: hipotònic, no es mou o està hipoactiu.	Sorolls patològics: - Grunyit, ronc, estridor, disfonia: obstrucció via aèria alta. - Sibilàncies: obstrucció bronquial. - Gemec respiratori: patologia alveolar.	- Pal·lidesa: mala perfusió o anèmia.
Reactivitat: respon poc o res als estímuls, no interacciona ni juga.	Signes visuals: - Tiratge intercostal, subcostal, supraesternal: ús de musculatura accesoría.	- Cianosi: signe tardà de xoc o secundari a una alteració respiratòria.
Consol: irritabilitat o plor inconsolable.	- Taquipnea	
Mirada: perduda, fixa.	- Aleteig nasal - Postura anormal: en trípede, rebutja el decúbit - Caboteig: freqüent en lactants.	- Pell clapellada

Font: (11)

La presència de qualsevol dels ítems anteriors indiquen que el costat del triangle es troba alterat i que ens trobem davant d'una emergència vital o un risc d'emergència vital que necessitarà una intervenció clínica immediata (13).

Una vegada detectada l'emergència vital o el risc d'aquesta si no iniciem mesures preventives, l'usuari/ària podria patir una aturada cardiorespiratòria (ACR). L'ACR més comuna a pediatria és d'origen respiratori. Habitualment cursarà amb un deteriorament previ i progressiu de les funcions respiratòries i circulatòries, amb hipoxèmia mantinguda, hipoperfusió dels òrgans en grau variable, acidosi i finalment una ACR (11).

Davant d'una ACR on les mesures preventives aplicades no han estat efectives, els/les professionals han d'actuar per revertir-la, per fer-ho han de seguir l'algoritme del suport vital avançat pediàtric proposat pel *European Resuscitation Council Guidelines 2021*. És primordial que tots els/les professionals implicats el coneguin i hagin pogut practicar per dur-lo a terme amb la màxima qualitat i reduint d'aquesta manera el temps que l'usuari/ària pediàtric/a es trobi en ACR, ja que aquest es troba estretament relacionat amb la mortalitat i la morbiditat (11).

L'algoritme de suport vital avançat pediàtric es pot observar a la Figura 1.

SUPORT VITAL AVANÇAT PEDIÀTRIC

SEGURETAT? - DEMANAR "AJUDA"

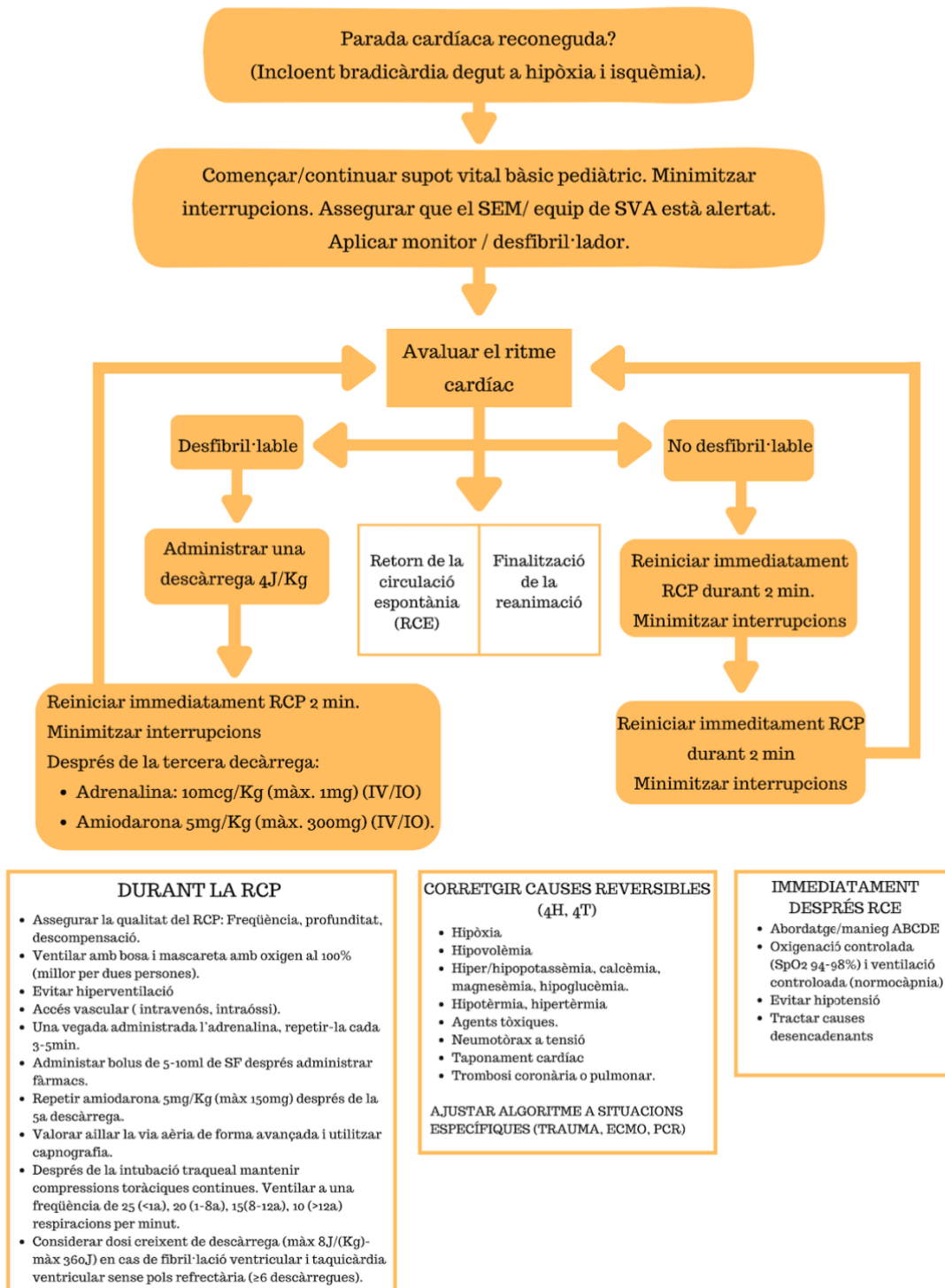


Figura 1: Suport vital avançat pediàtric

Font: (12)

Amb relació a la presència dels/les pares/mares davant d'una ACR segons *American Heart Association (AHA)* durant el procediment el que indica el model *Patient and family centred care* sempre que sigui possible oferirem als/les familiars l'opció d'estar presents, en cas afirmatiu, és beneficiós que un/a membre de l'equip proporcioni consol, respongui a les preguntes i recolzi a la família. En cas que es consideri que la presència d'aquests/es pot ser perjudicial per a la RCP, demanarem de forma respectuosa que abandonin l'habitació o box (14).

1.4 TEORIA DE L'AFERRAMENT I TIPUS DE VINCLE

Durant els últims 60 anys la teoria de l'aferrament infantil s'ha anat modificant a causa de les propostes de diferents autors.

El pare d'aquesta teoria és John Bowlby qui va dedicar la seva vida a estudiar-la i formular-la entre els anys 1969-1982. En aquesta assegurava que la relació d'aferrament de l'infant amb els/les pares/mares a la primera infància era un "imperatiu biològic" o un mecanisme evolutiu que era fonamental per la supervivència, desenvolupament físic i emocional (15).

Afegia que el vincle no es genera de forma instantània en el moment del naixement, sinó que ho fa de forma progressiva i no s'instaura fins als dos anys de vida on l'infant és capaç de generar una imatge mental dels/les pares/mares i entén que la separació amb aquests/es és temporal (15).

Més tard l'any 1978 la psicòloga Mary Ainsworth va afegir a la teoria de Bowlby que el sistema innat de l'aferrament era modificable segons el comportament dels/les progenitors/es. Per altra banda, va definir els diferents tipus de vincle i les seves repercussions conductuals que queden definits a la Taula 4:

Taula 4. Tipus de vincle segons Mary Ainsworth

TIPUS DE VINCLE	DEFINICIÓ
Vincle segur	Vincle sa emocionalment, els/les infants se senten estimats/des i protegits/des. Cerca de protecció a la connexió amb el/la cuidador/a quan apareix una dificultat. Els/Les infants no presenten ansietat a la separació, confien que aquesta és temporal, exploren de forma tranquil·la durant la separació.
Vincle evitatiu/insecur	Els/Les infants no abandonen l'exploració ni semblen afectats per la separació. Aquesta reacció es dona quan els/les infants viuen separacions contínues amb els/les pares/mares, generant que interioritzin que els/les seus/ves progenitors/es no hi seran sempre quan els/les necessitin.
Vincle ambivalent	Es generen dos tipus de comportaments, els/les infants que reaccionen amb enuig davant la separació i els que ho fan de forma passiva. En ambdós grups els/les infants es troben massa preocupats/des i amb estrès intens per la no presència dels/les progenitors/es i això no els permet explorar. El retrobament sol ser disfuncional.

Font: (16)

1.4.1 VINCLE SEGUR EN SITUACIÓ D'EMERGÈNCIA

El vincle segur proporciona grans beneficis en la psicologia de l'infant i l'establiment de relacions, un d'aquests si es presenta en una situació d'emergència per l'Infant, pot ser molt útil per afavorir una millor experiència per part dels/les pares/mares i aquest/a. Aquest benefici és la regulació emocional, procés mitjançant el qual la figura d'aferrament exerceix una influència en com l'infant expressa les seves emocions, això permet flexibilitzar les reaccions emocionals amb la finalitat de respondre adaptativament a les demandes de l'entorn (17,18). Per tal que es doni aquesta regulació emocional és necessària una gran autoregulació emocional de la figura d'aferrament, una dificultat podria

suposar un impacte negatiu en la correulació (19). La seqüència que es dona en la regulació emocional es troba descrita a la Taula 5:

Taula 5. Seqüència de regulació emocional.

CONCEPTE	DEFINICIÓ
Reconèixer l'estat d'ànim:	Capacitat del/la progenitor/a per reconèixer l'estat efectiu a través de les expressions facials, conducta i la seva capacitat d'entonar emocionalment.
Identificar l'estat emocional:	Posar paraules a aquest estat, identificar l'estímul que el genera i comentar amb l'infant validant les emocions.
Regulació emocional:	El/La progenitor/a calma l'excitació excessiva, comparteix alegria, consola en estat de mal humor. Es requereixen respostes comportamentals una vegada reconegut l'estat afectiu: acostar-se, contacte físic, to de veu suau.
Què rep l'infant?	Viu l'afecte dels/les progenitors/es i l'afortament conjunt, identifica que els/les seus/ves progenitors/es l'acompanyen. Reconeix el seu estat emocional i l'estímul que ho genera amb l'ajuda dels/les progenitors/es i utilitza les respostes comportamentals per disminuir l'efecte desplaent.

Font: (18)

Aquesta regulació emocional en un context de vincle segur, permet que els/les infants expressin obertament les seves emocions, manifestin alts nivells de curiositat i exploració pels estímuls nous, modulen els nivells d'excitació davant l'estimulació intensa, adeqüen amb major facilitat l'expressió d'impulsos al context i acudeixen a la figura d'aferrament quan les seves pròpies capacitats fallen (17,20). Per altra banda, en moments en què no poden acudir a les seves figures d'aferrament tenen major confiança per afrontar amenaces o

desafiaments i les seves estratègies de regulació són més constructives i efectives (21).

Pel que fa al context de vincle ambivalent tendeixen a experimentar dificultats quan s'enfronten a desafiaments emocionals en les seves relacions amb iguals. Manifesten majors nivells de malestar i estrès quan l'atenció de les figures d'aferrament es desvia (17).

Els/Les infants amb un context de vincle evitatiu tendeixen a utilitzar estratègies distractoras davant de situacions estressants, bloquegen o inhibeixen qualsevol estat emocional (17,21).

1.5 URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES I PRESÈNCIA DELS/LES PROGENITORS/ES A L'ACTUALITAT

En els últims anys l'ús dels SUP pediàtriques ha anat augmentat progressivament (22). Actualment, a Catalunya, un 15% de les urgències hospitalàries es tracten de demandes de pediatria (22). D'aquestes un 25% són urgències amb risc vital essent els menors d'un any el grup d'edat en què més es donen (23). Les urgències amb risc vital es divideixen en risc vital potencial (44,5%), risc vital previsible (5,3%) i risc vital immediat (0,2%) essent aquests dos últims considerablement menors (23).

La presència dels/les pares/mares o tutors/es en els procediments emergents és una qüestió controvertida que es troba subordinada per la visió del subjecte, els/les pares/mares i els/les professionals implicats. Per altra banda, els seus beneficis es troben poc investigats (24).

Tradicionalment, el model d'atenció a les famílies es tractava d'un model paternalista o vertical que ha anat desapareixent en els últims 60 anys en què s'entenia l'usuari/ària com una malaltia que necessitava un/a professional amb coneixement, capacitat i autoritat per curar la malaltia (25). En aquest context es preferia que els/les pares/mares romanguessin fora de la sala on es duïen a terme els procediments, ja que l'única prioritat era la millora fisiològica de l'infant (26).

No obstant això, amb el creixement del model *Patient and Family Centred Care*, l'investigador i autor pioner Constanza J Doyle l'any 1987 va realitzar el primer estudi que tenia com a objectiu descobrir beneficis de la presència dels familiars durant la RCP en adults/es i pediatria, els seus resultats van

demostrar els beneficis d'aquesta pràctica (27). Va ser l'inici d'una gran línia d'investigació que avui dia encara es considera controvertida i que compara beneficis, riscos i actituds amb diferents àmbits i contestant hipòtesis diverses (24).

Les línies d'investigació actuals se centren a determinar els beneficis i la idoneïtat de la presència dels/les pares/mares des de la visió de l'usuari/ària, els/les pares/mares o nucli familiar i els/les professionals sanitaris/àries implicats/des (24).

L'any 2020 de forma oficial l'AHA va publicar el seu informe anual sobre les noves recomanacions del suport vital avançat en pediatria on recalca la importància d'oferir la presència d'un/a familiar durant els procediments de ressuscitació, ja que es trobava una absència de mal evident. Presentava beneficis per la família i el personal de salut amb relació al dol i l'afrontament saludable i una major satisfacció laboral entre els/les sanitaris/àries, a més recalca la necessitat de considerar els ideals ètics i culturals en cada cas (28).

No obstant l'any 2023 *l'International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) assegurava que encara i no trobar evidència sobre que aquesta presència generés un mal evident, destacaven llacunes en el coneixement especialment en el que representa l'impacte en diferents contextos i les seves conseqüències. Ressaltava la importància de la investigació contínua per tal d'elaborar futures guies clíniques amb la millor evidència (29).

1.6 RELACIÓ DEL TREBALL AMB ELS OBJECTIUS DE DESENVOLUPAMENT SOSTENIBLE

Els objectius de desenvolupament sostenible (ODS) són 17 objectius que l'ONU va aprovar a l'Agenda 2030 sobre el Desenvolupament Sostenible l'any 2015, com una oportunitat perquè els països i les societats emprenguessin un nou camí amb el qual millorar la vida de les persones sense diferències.

Pel que fa a la relació dels ODS amb la revisió bibliogràfica que s'ha portat a terme està estretament relacionada amb l'objectiu Salut i Benestar (ODS 3), ja que els resultats d'aquesta revisió proporcionen informació respecte a si la

presència dels/les pares/mares durant la RCP pot generar un benestar als/les infants amb situació d'emergència i si la participació dels/les progenitors/es en la presa de decisions i cures dels/les seus/ves fills/es pot tenir un impacte positiu en el suport emocional i psicològic de l'infant, influint positivament en la seva recuperació.

Per altra banda, aquesta investigació es troba relacionada de forma menys estreta amb els següents ODS:

- Qualitat de l'educació (ODS 4): El fet que la revisió bibliogràfica pugui demostrar que la presència dels/les pares/mares augmenta el seu nivell d'alfabetització sanitària sobre les mesures d'emergència i la RCP, això podria relacionar-se amb la qualitat de l'educació de la comunitat.
- Pau, Justícia i institucions sòlides (ODS 16): Aquesta investigació podria evidenciar la necessitat de dur a terme polítiques institucionals que donin suport al resultat que s'obtingui d'aquesta investigació.

Per altra banda, el fet de la implementació del model *Patient and Family Centred Care* generaria la necessitat de considerar la presència dels/les pares/mares durant la RCP com una mesura de justícia i transparència per part de l'atenció mèdica.

- Aliances per assolir els objectius (ODS 17): el fet de dur a terme la investigació pot evidenciar la necessitat de la col·laboració entre professionals de la salut, pares/mares i organitzacions per establir pràctiques que evidencien la necessitat de la presència dels/les pares/mares durant la RCP (30).

2. OBJECTIU

La presència dels/les pares/mares durant la RCP i el desconeixement de l'impacte que aquesta presència pot tenir pels/les progenitors/es, els/les professionals de salut genera controvèrsia. Aquest treball s'enfoca en la cerca d'evidència científica més recent per proporcionar una visió actualitzada i una resposta unificada sobre l'impacte d'aquesta presència en tots els factors implicats.

Objectiu general:

- Determinar els avantatges i els inconvenients de la presència dels/les pares/mares en la reanimació cardiopulmonar pediàtrica dels/les seus/ves fills/es ja sigui pels/les progenitors/es i/o pels/les professionals sanitaris/àries que atenen aquests/es infants.

3. MÈTODE

El mètode utilitzat per dur a terme aquest estudi és la revisió bibliogràfica, duta a terme durant els mesos gener-febreny de 2024. Les bases de dades que s'han consultat per a la cerca bibliogràfica han estat: Pubmed, Elsevier, Cinhal, Dialnet Plus, Cochrane Library, Scielo. Les *key words* utilitzades i verificades al Mesh són: “*Family presence*”, “*Parent presence*”, “*resuscitation*”, “*pediatrics*”, “*nurse*”, “*children*” combinats amb els operadors Booleans “OR” i “AND” per fer efectiva la cerca.

Per tal d'acotar els resultats de la cerca bibliogràfica i focalitzar els objectius d'estudi, van ser utilitzats els següents criteris d'inclusió i exclusió:

3.1 CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Estudis amb data de publicació dels últims 5 anys, publicats entre l'any 2018-2024.
- Articles publicats en llengua castellana, catalana o anglesa.
- Publicacions d'estudis finalitzats que utilitzin qualsevol mena de metodologia de recerca.
- Articles d'accés a text complet lliure o amb accés institucional de la Universitat de Girona.
- Publicacions d'estudis de recerca que es basin en mostra d'edat pediàtrica (0-14 anys) i que l'objectiu d'estudi sigui afí al present treball.
- Articles que parlin sobre la presència dels/les pares/mares en altres procediments emergents o tècniques invasives a més de la RCP sempre que els resultats s'exposin de forma individual i es pugui extreure una conclusió clara.
- Articles que es relacionin amb els objectius de recerca d'aquest estudi.

3.2 CRITERIS D'EXCLUSIÓ

- Estudis on els/les usuaris/àries tractats/des es troben en edat adulta.
- Estudis que es duen a terme fora de l'àmbit hospitalari.
- Publicacions de literatura grisa.
- Publicacions que incompleixen els criteris d'inclusió esmentats a l'apartat anterior.

3.3 ALGORITME DE CERCA

Les figures 2-7 mostren els algorismes de cerca realitzats en cadascuna de les bases de dades consultades.

Del total de 110 articles seleccionats, a les bases de dades consultades, s'ha fet una lectura del títol, abstract/resum i, se n'han exclòs 74 per no adequar-se als objectius d'estudi, 9 més són descartats per trobar-se duplicats a més d'una cerca a diverses bases de dades.

Finalment, es dur a terme una lectura en profunditat dels articles restants, i no se'n descarta cap, ja que estan relacionats amb els objectius plantejats a aquest treball.

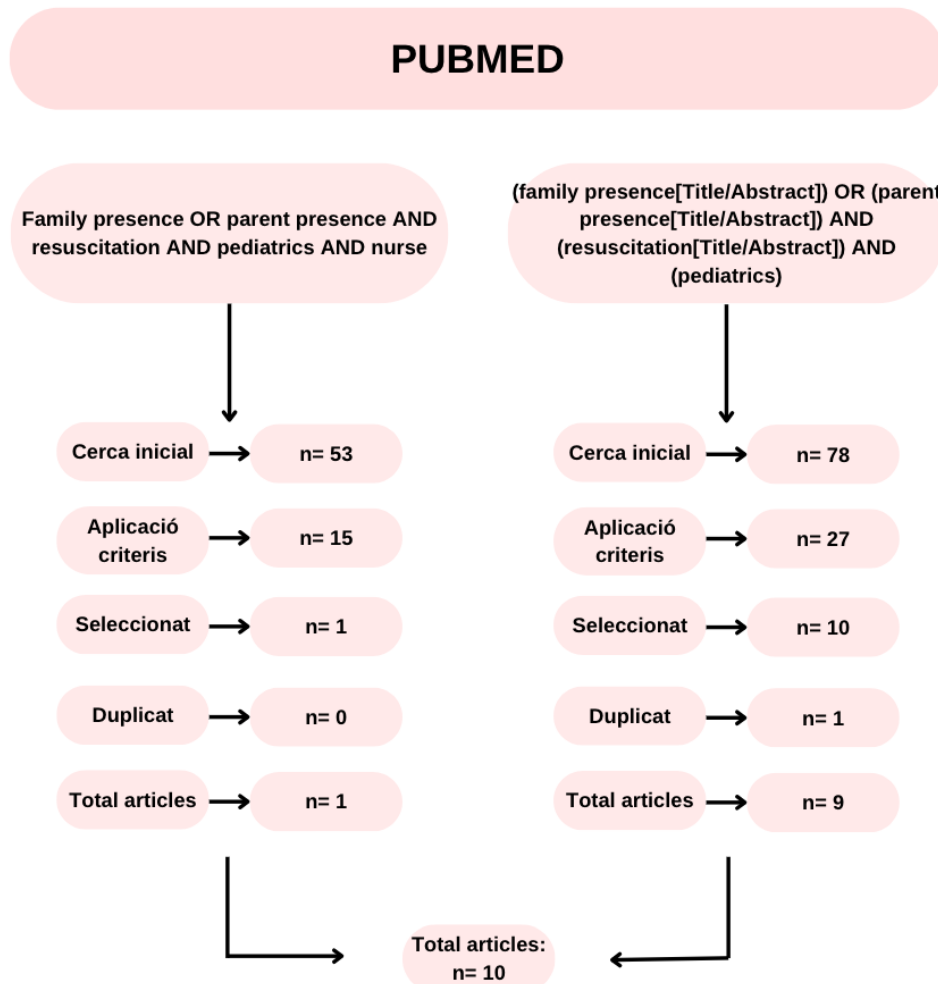


Figura 2: Algorisme de cerca a la base de dades Pubmed.

SCOUPUS (ELSEVIER)

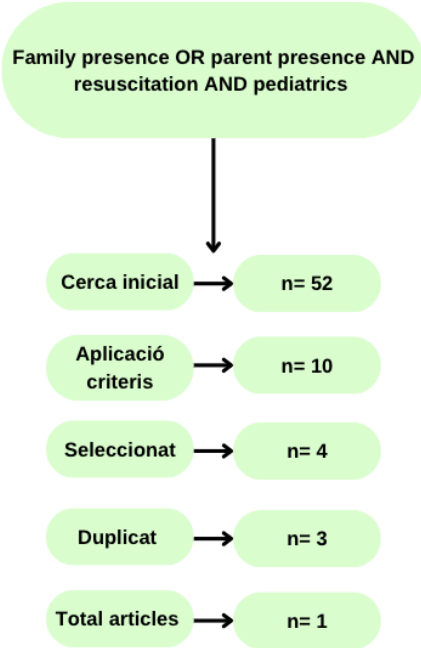


Figura 3: Algoritme de cerca a la base de dades Elsevier.

CINHAL

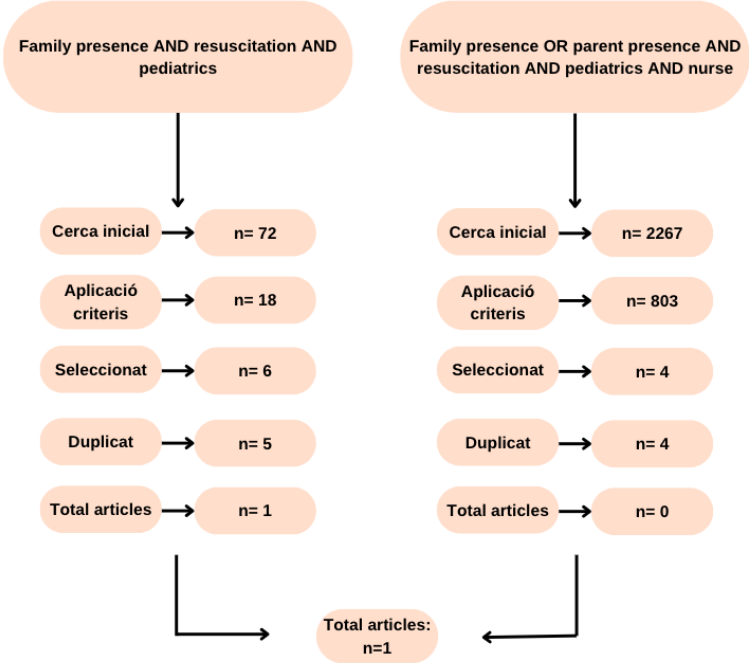


Figura 4: Algoritme de cerca a la base de dades Cinhal.

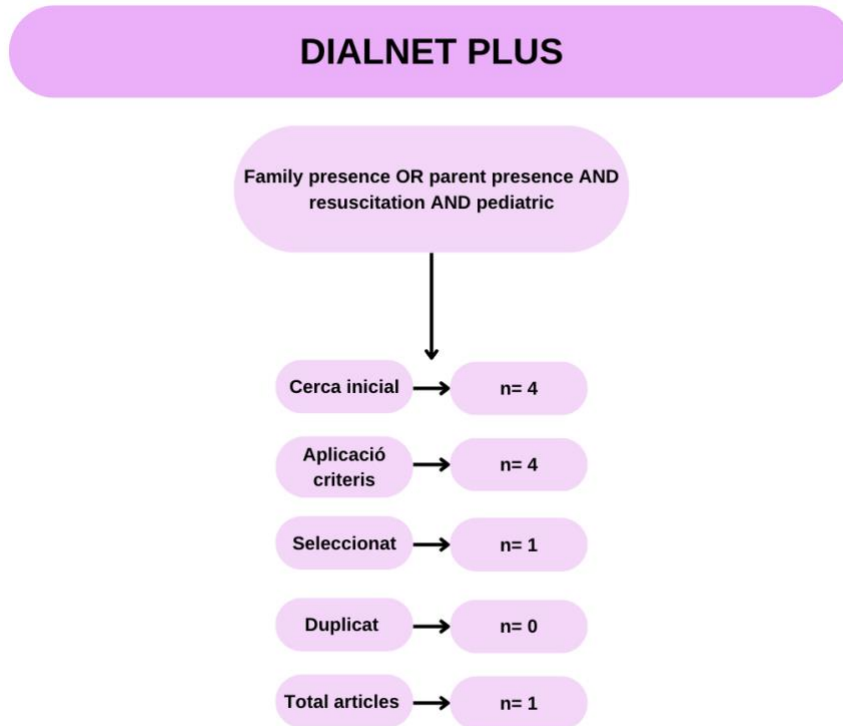


Figura 5: Algoritme de cerca a la base de dades Dialnet Plus.

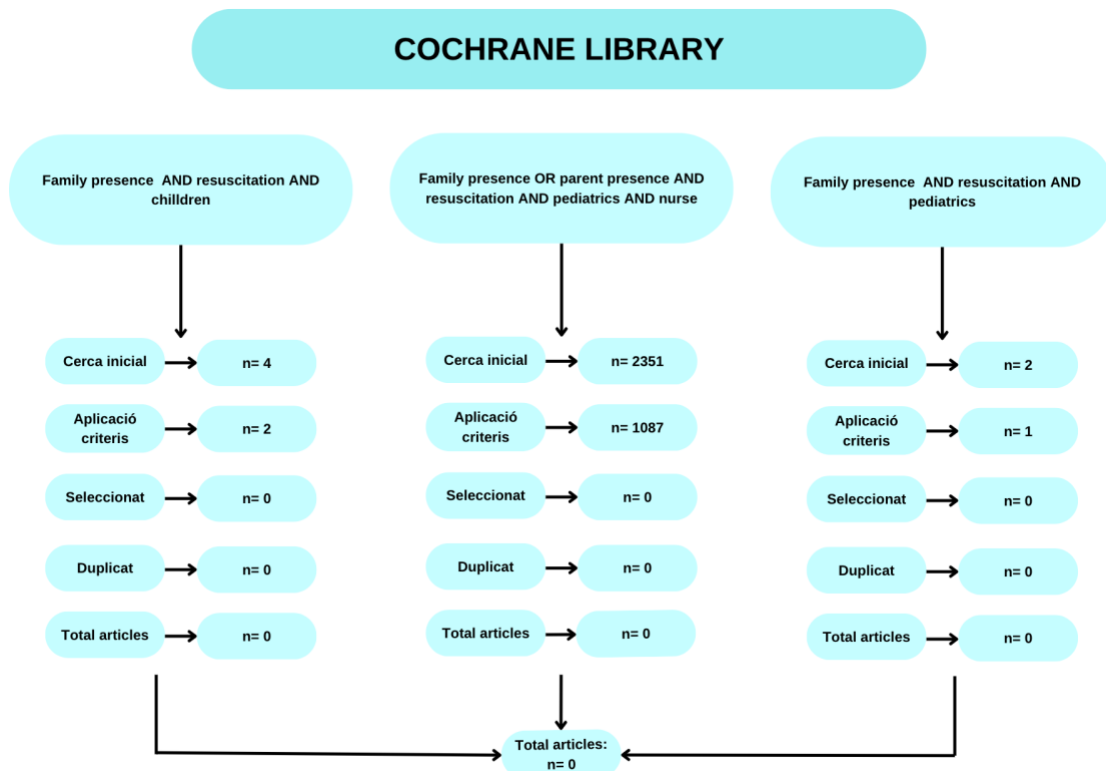


Figura 6: Algoritme de cerca a la base de dades Cochrane Library.

SCIELO

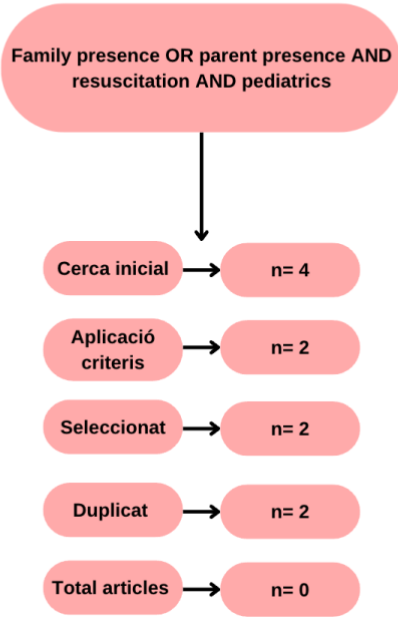


Figura 7: Algoritme de cerca a la base de dades Scielo.

4. RESULTATS

En aquest estudi s'han seleccionat un total de 13 articles dels quals hi ha 1 metaanàlisi, 4 revisions sistemàtiques, 1 estudi de cohorts i 7 estudis descriptius.

A continuació la taula 6, es fa una síntesi dels articles seleccionats:

Taula 6. Resum dels articles seleccionats

TÍTOL/ AUTOR/ ANY DE PUBLICACIÓ	DISSENY/ n/ nivell d'evidència NICE	OBJECTIUS	CONCLUSIONS PERSPECTIVA DE LA FAMÍLIA	CONCLUSIONS PERSPECTIVA DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT
A Qualitative Exploration of the Impact of a Distressed Family Member on Pediatric Resuscitation Teams. Deacon et al. 2020	Estudi qualitatiu descriptiu. (n:32 infermers/es, 15 metges adjunts i 23 metges residents). III	Analitzar diferents temes relacionats amb la presència dels/les pares/mares en la reanimació pediàtrica plantejats pels/les membres de l'equip després d'una simulació.	---	La presència dels/les pares/mares té un impacte en els/les professionals sanitaris/àries, generant un canvi de l'entorn de reanimació, augment de les respostes afectives, sobrecàrrega de respostes cognitives, canvi en les respostes conductuals i dinàmica d'equip. Sense una organització i designació d'una persona que acompanyi a la família, els/les professionals prefereixen la no presència d'aquesta, ja que condueix a errors i pèrdua de concentració.
Acute psychosocial care of families in paediatric resuscitation settings: Variables associated with parent emotional response. Manguy et al. 2020	Estudi qualitatiu descriptiu. (n: 1000 famílies que han viscut una RCP dels seus fills/es) III	Esbrinar les necessitats de la família durant la reanimació pediàtrica.	Dur a terme una atenció psicosocial a la família durant la reanimació pediàtrica és necessària per millorar l'experiència d'aquesta, tenint en compte 4 factors: variables individuals, resposta emocional de la família independentment de l'estat de l'usuari/ària, les famílies són sistemes interconnectats són part de l'equip i és necessari abordar les seves necessitats psicosocials.	---
Parental support needs during pediatric resuscitation: A systematic review Arezoo et al. 2022	Revisió sistemàtica (n: 21 articles) II	Avaluar les necessitats de suport del/la pare/mare durant la reanimació pediàtrica.	La presència dels/les pares/mares durant la reanimació pediàtrica és necessària ja que ajuda a la comprensió de la patologia, regulació emocional de la família i augmenta la confiança en l'equip. Amb un suport emocional per garantir una atenció centrada en la família. Es presenten necessitats de suport espiritual, cultural, físic i psicològic.	---
Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: An integrative review: An integrative review Mark 2021	Revisió sistemàtica (n: 17 articles) II	Descobrir l'experiència dels familiars durant la reanimació pediàtrica i els procediments invasius.	La presència dels/les pares/mares durant la reanimació pediàtrica es recomana internacionalment. La família prefereix romandre amb l'usuari/ària, creu que tenen dret a fer-ho. Els/Les familiars que han viscut la reanimació opinen que tornarien a ser presents. Per altra banda, la presència de la família disminueix l'ansietat de l'usuari/ària, de la família i millora la comunicació de l'equip amb la família.	---

<p>Parent experience in the resuscitation room: how do they feel?</p> <p>Parra et al. 2018</p>	<p>Estudi de cohorts prospectiu (n: 50 enquestes a familiars que han presenciat la reanimació del seu fill/a)</p> <p>II</p>	<p>Descriure l'experiència dels/les pares/mares presents durant la reanimació del/la seu/va infant en el servei d'urgències pediàtriques.</p>	<p>L'experiència dels/les pares/mares durant la reanimació ha estat satisfactòria, tots els familiars de l'estudi afirmen que tornarien a estar presents, a més consideren que la seva presència és beneficiosa per l'estat de salut dels/les usuaris/àries. La majoria de familiars es troben nerviosos/es i ansiosos/es però tranquils/les i col·laboradors/es. És necessari que la família es trobi acompanyada per un membre de l'equip i rebí la informació necessària segons el seu nivell d'alfabetització sanitària.</p>	<p>---</p>
<p>Parent's Experience During a Child's Resuscitation: Getting Through It</p> <p>Stewart 2019</p>	<p>Estudi qualitatiu descriptiu. (n: 21 tutors/es legals que havien presenciat la RCP del seu fill/a).</p> <p>III</p>	<p>Descriure les experiències dels/les pares/mares durant la reanimació en l'àmbit hospitalari.</p>	<p>Durant la reanimació pediàtrica, la família percep una sensació de caos aclaparador, però té la necessitat d'estar presents. El suport emocional és positiu, però el més important és la informació clínica a temps real de l'equip.</p>	<p>---</p>
<p>Parents' Experience When Present During a Child's Resuscitation: An Integrative Review</p> <p>Stewart 2019</p>	<p>Revisió sistemàtica (n: 9 articles)</p> <p>II</p>	<p>Sintetitzar la recerca sobre l'experiència dels/les pares/mares durant la reanimació d'un/a nen/a per millorar la comprensió pels/les professionals de la salut i per facilitar l'aplicació a la pràctica.</p>	<p>Els/Les progenitors/es presents durant la reanimació del/la seu/va fill/a asseguren que tenir l'opció d'estar amb el/la seu/va fill/a durant la reanimació és important tot i que l'experiència és certament aterridora i estressant. L'estrès de l'experiència es veu eclipsat per una necessitat intensa de ser-hi. Els/Les progenitors/es són conscients del treball que l'equip sanitari ha de fer i no volen obstaculitzar el camí. Fins i tot quan la reanimació no és exitosa, els/les pares/mares es beneficien d'estar presents durant els últims moments de la vida del/la seu/va fill/a i ho recomanarien per a altres pares/mares.</p>	<p>---</p>
<p>A Scoping Review of the Impact of Family Presence on Pediatric Resuscitation Team Members</p> <p>Deacon et al. 2020</p>	<p>Revisió sistemàtica (n: 48 articles)</p> <p>II</p>	<p>Descobrir la informació publicada sobre l'efecte de la presència dels/les pares/mares durant la reanimació des del punt de vista dels/les professionals de l'equip de reanimació.</p>	<p>---</p>	<p>La presència dels/les familiars és multifacètica. Els/Les professionals solen veure el tema des de dos angles, efectes i implicacions de la família i dels/les professionals. La majoria de les raons en contra de la presència dels/les pares/mares es troben relacionats amb l'efecte que aquesta té sobre els/les professionals, s'haurien de realitzar canvis logístics i en l'equip per tal que disminuís aquest efecte negatiu.</p>

<p>Does Family Presence in the Trauma Bay Help or Hinder Care?</p> <p>Benny et al. 2018</p>	<p>Revisió sistemàtica</p> <p>(n: 19 articles)</p> <p>II</p>	<p>Revisar la literatura sobre els possibles beneficis i riscos de la presència familiar durant la reanimació pediàtrica.</p>	<p>Els/Les familiars consideren positiu tenir informació actualitzada i consolar els/les seus/ves fills/es, creuen també que tenen el dret a ser presents durant la reanimació als/les seus/ves infants i que estar presents pot ser terapèutic.</p>	<p>Els/Les professionals de la salut que s'oposen a la presència dels/les pares/mares argumenten que té un impacte negatiu a l'equip i provocar una atenció no adequada com augment de l'estrès que condueix a errors.</p>
<p>Family presence during resuscitation in paediatric and neonatal cardiac arrest: A systematic review cardiac arrest: A systematic review.</p> <p>Dainky et al. 2021</p>	<p>Revisió sistemàtica</p> <p>(n: 36 articles)</p> <p>II</p>	<p>Realitzar una revisió de la literatura publicada sobre la presència familiar durant la reanimació pediàtrica i neonatal.</p>	<p>Els/Les familiars creuen que la seva presència durant la reanimació genera consol als/les usuaris/àries i en cas de pèrdua ajuda a adaptar-se a aquesta. Recorden caos durant la reanimació, però creuen que els/les va ajudar a crear una relació de confiança amb els/les professionals de la salut. Alguns/es familiars que no van estar presents i van viure la pèrdua de l'infant creuen que va ser per no ser-hi presents.</p>	<p>Entre el 60 i el 85% dels/les professionals prefereixen la no presència dels/les familiars essent més predominant amb professionals que no han viscut aquesta situació. Els motius més comuns són la preocupació pel trauma psicològic dels/les pares/mares. El risc d'interferència amb la gestió mèdica i l'estrès en l'equip d'atenció que atén, incloses l'ansietat relacionada amb el rendiment.</p>
<p>Parental supporter during pediatric resuscitation: Qualitative exploration of caregivers' and healthcare professionals' experiences and perceptions.</p> <p>Arezoo et al. 2024</p>	<p>Estudi qualitatiu descriptiu</p> <p>(n: 17 familiars que han viscut una reanimació del seu fill/a i 13 professionals, 8 infermers/es i 5 metges/esses)</p> <p>III</p>	<p>Explorar les experiències i percepcions dels/les familiars i els/les professionals de l'equip de reanimació sobre el suport parenteral durant la reanimació.</p>	<p>Els/Les pares/mares necessiten una atenció individualitzada basada en les necessitats, cultura, valors, creences i religió. És positiu promoure la relació família-usuari/ària durant la reanimació.</p>	<p>Els/Les professionals sanitaris/àries emfatitzen la necessitat que un/a membre de l'equip experimentat ha de brindar suport als/les pares/mares i que aquesta sigui la seva única funció durant la reanimació.</p>
<p>Implementing Family Presence During Pediatric Resuscitations in the Emergency Department: Family-Centered Care and Trauma-Informed Care Best Practices.</p> <p>Auerbach et al. 2021</p>	<p>Metaanàlisi</p> <p>(n: 4 revisions bibliogràfiques)</p> <p>I</p>	<p>Dur a terme una revisió de les revisions publicades per establir l'impacte de la presència de la família en la reanimació pediàtrica per la família i els/les professionals de l'equip de reanimació.</p>	<p>La majoria dels/les familiars que van estar presents a la reanimació dels/les infants ho recomanarien a altres familiars. Els/Les va proporcionar sensació de control i va millorar l'afrontament després de l'esdeveniment, disminució d'alteracions del comportament després de l'alta i no genera diferències en els processos d'atenció.</p>	<p>Els/Les professionals de la salut comuniquen la seva preocupació per la falta de personal per fer un bon suport de la família, A més, destaquen la falta d'espai i les possibles distraccions del/les professionals de la salut que condueix a errors com a barreres per la presència de familiars.</p>

<p>Presència dels familiars al box de crítics dels serveis d'urgències</p> <p>Rojas. 2023</p>	<p>Estudi descriptiu multicèntric</p> <p>(n: 16 serveis d'urgències pediàtriques)</p> <p>III</p>	<p>Conèixer la proporció de SUP catalanes en què la presència dels/les familiars és habitual als boxos de crítics i en quines condicions i descriure els problemes que se'n deriven.</p>	<p>---</p>	<p>Els/Les professionals de la salut concorden que en la majoria dels casos permeten la presència d'un/a familiar, però recalquen la necessitat de protocol·litzar la qüestió per tal d'evitar: pares/mares que no hi són durant tota l'atenció a l'infant greu, no tenen un lloc específic on estar-se i no sempre estan acompanyats/des per un/a sanitari/ària que els doni suport.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Deacon et al. (31), aquest estudi qualitatiu es va dur a terme amb grups de 5-7 participants, a quatre hospitals del Canadà entre els anys 2011-2015. Durant l'escenari un/a actor/a va interpretar el paper de "pare/mare" amb indicació de semblar preocupats/des, fer preguntes a l'equip, romandre a l'habitació, no tenir contacte físic amb l'equip ni impedir l'atenció de l'infant.

Una vegada fetes les 42 simulacions que havien estat gravades, l'anàlisi va revelar els següents efectes que la presència del/la pare/mare va tenir sobre els/les professionals de l'equip de reanimació i l'entorn durant la simulació:

- Canvis en l'entorn de reanimació: augment del nombre de veus i preguntes addicionals, la ubicació física del/la pare/mare que interrompia en la feina de l'equip, falta de personal per dedicar-se al benestar i l'experiència del/la pare/mare.
- Augment de les respostes afectives per part dels membres de l'equip: l'equip va informar que la situació es tornava emocionalment més difícil amb la presència dels/les pares/mares. Molts/es participants expressaven que aquesta presència exacerbava una situació que ja era estressant. Es generava una nova preocupació comuna per l'equip i el benestar del/la pare/mare, ja que no sabien com tractar-lo/la en aquesta situació tan difícil per ells/elles.
- Augment de la càrrega cognitiva: una RCP requereix grans quantitats d'energia per processar la informació i el fet de tenir aquesta nova presència ho augmentava. Per altra banda, la pèrdua de concentració va ser un altre tema que va comentar l'equip, ja que les preguntes del/la pare/mare feien que perdessin l'enfocament en el procés de RCP. Per acabar una altra resposta que es va repetir va ser la dificultat per prioritzar els/les infants davant dels comentaris i preguntes del/la pare/mare.
- Canvis en el comportament de l'equip: es requeria una persona dedicada a assumir la "gestió dels/les pares/mares". Les propostes més repetides per abordar aquest problema van ser que els/les líders assumissin aquest paper, o que s'assumís aquest paper segons disponibilitat en cada moment. Els/Les participants van concloure que sempre que algú gestionés l'experiència dels/les pares/mares i aquests/es cooperessin podien romandre a l'estança.

- Canvis en la dinàmica d'equip: la gestió de l'experiència dels/les pares/mares requeria una nova organització de l'equip, cosa que va evidenciar una falta de personal i d'organització explícita.

Com a conclusió, es van establir 4 recomanacions: incorporar directrius que requereixen la presència d'un/a membre de l'equip amb la funció de gestió del/la pare/mare, augmentar l'estudi sobre la presència del/la pare/mare per millorar les estratègies, formació dels equips en la gestió de la presència del/la pare/mare durant la RCP pediàtrica i que aquesta no afecti l'eficiència de la RCP.

Manguy et al. (32), els resultats quantitatius d'aquest estudi van ser que durant la presència dels/les pares/mares a la RCP dels/les seus/ves fills/es el 55% dels/les progenitors/es presentaven un nivell moderat de patiment emocional, el 12% es trobaven molt angoixats i el 33% es trobaven tranquils/les. Es va documentar una associació entre l'estat emocional dels/les progenitors/es i de l'infant en els casos on aquests/es estaven tranquils/les i confiaven en l'equip els/les infants també ho feien.

Pel que fa a la confiança en l'equip, el 98% dels/les progenitors/es que es van trobar presents en el procés de RCP del/la seu/va fill/a tenien confiança en l'equip de reanimació, el 2% va demostrar una confiança neutra i el 0,4% no va presentar confiança en l'equip.

Es van identificar quatre àrees clau per augmentar la satisfacció del/la pare/mare durant la RCP del/la seu/va fill/a:

- Variables individuals: El fet que els/les progenitors/es acompanyin al seu/va fill/a en tot el procés de RCP en especial a l'arribada i en el moment de la intubació disminueix l'angoixa i nerviosisme dels/les progenitors/es. Per altra banda, la literatura analitzada a aquest estudi demostra que la presència en el moment de la RCP no està relacionada amb pitjors resultats o major estrès del personal de RCP. A més, la literatura analitzada en aquest estudi assegurava que aquesta presència no predisposa a problemes de salut mental pels/les progenitors/es a llarg termini.
- Totes les famílies poden experimentar enuig independentment de l'estat de l'infant o el diagnòstic, el/la pare/mare dels/les infants que pateixen

malalties cròniques viuen el mateix enuig que el/la pare/mare dels/les infants amb processos aguts, per altra banda, els/les pares/mares dels infants no verbals presenten més nerviosisme.

- Les famílies són sistemes interconnectats i formen part de l'equip d'atenció: existeix una dualitat emocional entre el/la pare/mare i l'infant per aquest fet si en el suport emocional dels/les pares/mares es dona una disminució de la càrrega emocional, també es donarà en l'infant facilitant la RCP i els procediments invasius.
- Abordar les necessitats de suport de la família durant el procés de RCP d'un/a fill/a és una part clau de la resposta psicosocial.

Arezoo et al. (33), en aquest estudi es van avaluar 21 articles (4 van ser quantitius, 13 van ser qualitius i els 4 restants van ser disseny de mètodes mixtos). Els resultats van mostrar que les necessitats del/la pare/mare durant la RCP són les següents:

- Suport espiritual i cultural: els/les familiars necessiten que es respectin les seves creences, valors, costums i tradicions culturals. Molts/es pares/mares van veure l'oració i els rituals com activitats útils per superar el dol en cas que es produeixi la mort de l'infant durant la RCP. La humanització del cos sense vida de l'infant i la sensibilitat són aspectes que els/les pares/mares valoren molt positivament.
- Comunicació amb l'infant abans i després de la RCP: mantenir la relació infant-pare/mare a través de la presència física, intimitat, veure, tocar, sostenir i abraçar, millora l'acceptació de l'estat de salut i l'enteniment del procés de RCP.
- Comportament professional del personal: Els/Les pares/mares necessiten empatia per part dels/les professionals, la sensibilitat i les mostres de compassió milloren l'experiència de la família.
- Recepció de la informació: En el cas que es doni la presència dels/les pares/mares durant la RCP és primordial proporcionar informació completa, honesta, comprensible i simple en el moment de l'actuació. El fet d'estar presents durant la RCP ajudava a construir confiança amb l'equip i augmentava la pau emocional.

- Presència a la RCP: els/les pares/mares consideren que la presència durant la RCP del seu/va infant és un dret, els va ajudar a mantenir un paper protector, promoure l'intercanvi d'informació, reduir els nivells d'ansietat i por, ajudava a entendre el procés de RCP.
- Satisfer les necessitats físiques i mentals: necessitat com a pare/mare de compartir aquest moment amb una persona estimada, parlar i compartir sentiments amb l'equip de reanimació.

Algunes de les necessitats físiques serien: menjar, transport, atenció mèdica, informació i instruccions sobre l'equip de suport psicològic.

Es va concloure que els/les pares/mares necessiten suport abans, durant i després de la RCP del/la seu/va fill/a.

Mark (34), en la seva revisió bibliogràfica duta a terme durant febrer 2018 a abril 2019, es van incloure 17 articles.

Aquesta revisió va concloure, que la presència familiar durant la RCP ha guanyat acceptació, però encara falta una pràctica generalitzada, tot i que les guies clíniques recomanen aquesta presència, encara és necessari realitzar més investigacions sobre com aquesta afecta l'eficiència de la RCP i als familiars presents.

Es conclou que els/les progenitors/es prefereixen estar presents durant la RCP, esperen que se'ls ofereixi aquesta possibilitat i ho consideren un dret. L'estudi mostra que els/les familiars que van estar presents en la RCP tornarien a ser-hi.

Per altra banda, es conclou que aquesta presència redueix l'ansietat, fomenta en desenvolupament d'un dol sa pels/les familiars, en cas que l'infant mori durant el procediment de la RCP i ajuda a la comunicació entre els/les professionals i la família.

Parra et al. (35), en aquest estudi descriptiu es van dur a terme 50 enquestes durant l'agost del 2016 a l'agost del 2017 als/les pares/mares després de la presència a la RCP del seu infant.

Els resultats van concloure que el 90% dels/les pares/mares creia que la seva presència va ser positiva pels/les seus/ves infants, admetien sentir-se nerviosos/es, però al mateix temps sentien confiança en l'equip de reanimació,

aquests/es es van mostrar col·laboradors/es amb l'equip, ja que podien tranquil·litzar a l'infant i veure en primera persona el seu estat de salut.

Com a aspectes a millorar es va evidenciar la necessitat de l'acompanyament i el suport dels/les pares/mares durant la RCP per part d'algun/a membre de l'equip de reanimació. Aquesta figura ha d'explicar els esdeveniments i oferir consol als/les pares/mares.

Per altra banda, el fet de rebre formacions específiques sobre la presència dels pares/mares durant la RCP provoca que els equips de reanimació se sentin més còmodes amb la presència d'aquests/es, ja que es troben entrenats/des en regulació emocional i suport de la família.

Stewart (36), aquest estudi qualitatiu es va dur a terme amb 280 pares/mares que havien presenciat la RCP del seu/va infant en un hospital de mitjà Oest Nord americà.

Els resultats obtinguts van demostrar que els/les progenitors/es experimentaven el següent quan presenciaven la RCP dels/les seus/ves fills/es:

- Sensació de caos: el 90% dels/les progenitors/es remarquen la sobtada allau de persones que entraven a l'habitació, cosa que els/les hi generava un sentiment de "no control" i aclaparament.

El 24% dels/les progenitors/es comenten que no van ser escoltats/des quan intentaven compartir informació, el 29% afegien que els/les hi hauria agradat rebre més informació, ja que la majoria la rebia després de la RCP. Això feia que els/les pares/mares haguessin de prendre decisions vitals pels/les seus/ves fills/es sense tenir tota la informació.

Per altra banda, el 19% dels/les pares/mares que no se'ls va permetre ser presents durant la RCP van informar d'un augment de l'ansietat en ser separats del seu infant.

- Ajuda a superar l'esdeveniment: els/les pares/mares que van estar presents en la RCP afirmaven que els/les va ajudar a superar l'esdeveniment traumàtic, ja que satisfia les seves necessitats i la comunicació bidireccional. El 80% dels/les progenitors/es van trobar útil que el personal de l'equip de reanimació els/les escoltés i es comunicés amb ells/elles fent que es creés una relació de confiança entre els/les progenitors/es i l'equip de reanimació

La majoria dels/les progenitors/es eren conscients de l'estat crític del seu fill/a, tenien el desig de no destorbar i romanien en silenci en un espai designat.

- Experimentació de l'esdeveniment: els/les pares/mares van experimentar la RCP dels/les seus/ves infants de diferents maneres. Per una banda, el 38% pares/mares van intentar protegir-se amb realitats paral·leles, negant l'estat clínic del/la seu/va infant. Per altra banda, el 14% pares/mares no van tenir l'oportunitat de fer-ho, ja que la situació els/les va empènyer a acceptar la situació per les característiques d'aquesta. Per acabar els/les pares/mares d'infants que portaven una llarga estada d'hospitalització van afirmar que la RCP "es va tornar normal".

Stewart (37), els resultats d'aquesta revisió bibliogràfica demostraven que els/les progenitors/es que van presents en la RCP del/la seu/va fill/a asseguraven haver tingut una experiència realment aterridora, però el fet de no estar present ho era encara més. En cas que es produís la mort del/la fill/a durant la RCP, pel que fa al dol, l'estudi destacava que la presència dels/les pares/mares en la RCP fomenta el desenvolupament d'un dol sa. La majoria de literatura analitzada en aquest estudi demostrava que el fet que els/les progenitors/es es trobessin presents durant la RCP generava una major comprensió del procés de RCP i millora la confiança amb l'equip de reanimació. Pel que fa al suport dels/les progenitors/es per un/a membre de l'equip de reanimació, el 67% dels/les pares/mares que han experimentat la RCP del/la seu/va infant amb el suport d'un/a professional de l'equip van presentar reducció de l'ansietat i el nerviosisme.

Aquesta revisió bibliogràfica proposa la presència dels/les progenitors/es en la RCP dels/les seus/ves fills/es acompanyats/des d'un/a membre de l'equip sanitari format. Per fer-ho possible, recomana un augment de la formació dels/les professionals de la salut en aquest àmbit.

Deacon et al. (38), els resultats d'aquest estudi destacaven que la majoria d'arguments a favor per aquesta presència eren amb relació a la millora de l'experiència dels/les pares/mares. Mentre que els arguments en contra eren per part de l'experiència dels/les professionals, alguns d'aquests eren: la

logística dels/les pares/mares en l'habitació de reanimació, l'augment de l'estrès dels/les professionals de la salut, desconeixement a l'hora d'escollir la millor estratègia de suport als/les progenitors/es durant la RCP i l'efectivitat de la RCP amb la presència dels/les pares/mares.

En segon lloc, l'estudi va observar la necessitat d'augmentar la formació del professional, donat que s'evidenciava una educació sobre el tema informal, on els/les professionals aprenien tècniques de suport als/les progenitors/es amb les experiències pròpies. A més la majoria d'articles analitzats en l'estudi conclouen la necessitat de disposar d'un/a membre de l'equip que acompanyés a la família durant tota l'experiència, tot i que no es conclouia de quina categoria professional seria més adient.

Benny et al. (39), els resultats d'aquest estudi van ser els següents:

- Perspectiva de la família: els/les pares/mares consideraven positiu viure en primera persona els esdeveniments i tenir la funció de defensar els/les seus/ves infants i consolar-los/les. A més, també creien que la presència era un dret i que aquesta era terapèutica per ells/es mateixos/es, ja que ajudava a un dol sa. Afirmava que aquesta presència millorava l'atenció donada a l'infant, perquè els/les pares/mares podien aportar informació rellevant que facilités la presa de decisions.

Per altra banda, raspallava el principi ètic de respecte per l'autonomia de la família, en la majoria d'ocasions el fet de tenir una figura de l'equip com a suport garantia la no vulneració d'aquest principi ètic i ajudava al fet que les famílies poguessin prendre les decisions entenent les conseqüències que aquestes tenien pel/la seu/va infant.

Per acabar, la no presència dels/les pares/mares vulnerava el principi ètic de no maleficència, ja que la literatura que es va analitzar en aquest estudi demostrava que els/les pares/mares que no es trobaven presents, desenvolupaven nivells més elevats d'ansietat i estrès posttraumàtic. Per altra banda, els/les pares/mares els/les quals no se'ls va permetre estar presents en els últims moments de vida del/la seu/va infant desenvolupaven major estrès posttraumàtic i dol patològic.

- Perspectiva de l'equip de reanimació: els/les opositors/es argumenten que la presència dels/les pares/mares té un impacte negatiu sobre l'equip de reanimació i la seva capacitat per brindar una atenció adequada.

La RCP sol ser un procés que requereix procediments invasius i en algunes ocasions la mort de l'infant, per aquests fets les emocions del personal sovint són intenses i la literatura que es va analitzar en aquest estudi recolza que la presència dels/les familiars podria augmentar l'estrès, conduir a errors i pitjors resultats. Encara que la literatura que revisa aquest estudi no confirma que la presència dels/les pares/marres condueixi a resultats negatius.

Dainty et al. (40), en aquesta revisió panoràmica que va incloure 36 articles, 1 estudi observacional, 14 estudis descriptius qualitatius, 21 estudis quantitativs i 1 estudi mixte.

Les conclusions van ser les següents:

- Pel que fa a l'experiència dels/les pares/mares: la literatura argumentava que estar present durant la RCP va ser una experiència molt útil, ja que consideraven que la seva presència aportava consol pel/la seu/va infant mitjançant el contacte físic, ajudava a un dol sa i que aquest dol comences abans gràcies al fet que augmentava la consciència sobre la gravetat de l'estat de salut de l'infant.

Un altre tema comú va ser la sensació de caos i pànic que els/les pares/mares sentien durant la RCP, però que un bon acompanyament per part de l'equip de reanimació era de molta ajuda.

Pel que fa als/les pares/mares als/les quals no se'ls va oferir aquesta presència, el 55% d'aquests/es desitjarien que se'ls hagués ofert i que si hagués estat així, el/la seu/va infant romandria viu/va, per altra banda, argumentaven el fet de tenir preguntes sense respondre i de la manca d'informació sobre com van transcorre els fets.

- Referent a l'experiència dels/les professionals de l'equip de reanimació: els resultats van ser mixtos entre un 60-85% dels/les professionals estan d'acord amb la presència dels/les pares/mares durant la RCP, el

percentatge augmentava amb els/les professionals que es trobaven formats/des en l'àmbit i familiaritzats/des amb el procés.

Pel que fa al personal en contra, els arguments més comuns van ser el risc d'interferència amb el procés de RCP, la preocupació pel trauma psicològic de la família, augment de l'estrès per part dels/les professionals.

Per acabar la literatura analitzada en aquest estudi demostra una major acceptació de la presència dels/les pares/mares durant la RCP en les unitats de cures intensives i amb els/les professionals de la salut de major experiència en l'àmbit.

Arezoo et al. (41), en aquest estudi qualitatiu que es va dur a terme els hospitals de l'Iran, Tabís i Mashhad.

- Amb relació a l'experiència dels/les pares/mares: aquest estudi conclou la necessitat de la presència d'un/a membre de l'equip per donar suport als/les pares/mares durant la RCP. Els/Les pares/mares van argumentar que sense aquesta presència es trobaven perduts/des, no entenien la situació i això augmentava la seva ansietat. Per altra banda, la presència durant la RCP els/les va fer adonar que l'equip estava fent tot el que podia per poder reanimar el/la seu/va infant, augmentant la seva confiança en l'equip.

La majoria dels/les pares/mares asseguraven que el suport físic i emocional i la informació rebuda durant la RCP els/les va preparar per a l'estat crític del/la seu/va infant o la mort, tant en el moment de la RCP com després d'aquesta, els/les va ajudar a iniciar un dol sa.

Per altra banda, els/les pares/mares asseguraven que tenien la necessitat de veure, comunicar-se i tocar el/la seu/va fill/a. Els/Les pares/mares que van perdre el/la seu/va infant destacaven la necessitat de poder acomiadar-se del/la seu/va infant sense pressa.

- Referent a l'experiència dels/les professionals de l'equip de reanimació: La majoria dels/les professionals consideraven que era important proporcionar informació honesta als/les pares/mares, ja que si no podia provocar que aquests/es es facin falses expectatives sobre el pronòstic del/la seu/va fill/a.

Pel que fa a les característiques de la figura de suport els/les professionals van concloure que havia de ser un/una professional amb experiència en la RCP pediàtrica i que s'hagués format en gestió dels/les pares/mares durant la RCP, no es va poder concloure si un/una metge/essa o un/a infermer/era per dualitat d'opinions, familiaritzats amb l'idioma i la cultura local.

Pel que fa a la personalitat, hauria de tenir un comportament amable i compassiu, tenir paciència i una personalitat tranquil·la, amb una bona salut psicològica i amb habilitats de comunicació efectiva.

Alguns/es professionals asseguraven que els/les professionals que eren pares/mares duien més bé a terme aquest paper, en especial si eren del mateix sexe que el pare/mare.

Amb relació a les competències la figura de suport ha d'informar els/les progenitors/es durant tot el procés de reanimació, disminuir l'estrès, aportar tranquil·litat, preparar psicològicament en cas de mal pronòstic i promoure la relació progenitor/a-fill/a.

Auerbach et al. (42), aquesta metaanàlisi que va incloure 4 revisions bibliogràfiques i 1 metaanàlisi. Les conclusions van ser les següents:

La presència dels/les progenitors/es beneficia a les persones implicades i no tenia cap impacte negatiu en els processos d'atenció clínica.

- Visió dels/les progenitors/es: aquests/es desitjaven l'opció d'estar presents en aquest procés i que ser-hi present no causava cap trauma psicològic addicional, per aquest motiu ho recomanarien a altres progenitors/es. A més, asseguraven que estar presents els va aportar una sensació de control i va millorar l'afrontament sa després de l'esdeveniment.

- Visió del personal de salut: els/les professionals es trobaven poc formats en aquesta disciplina, per a millorar la comoditat i seguretat dels/les professionals caldria formar-los/les. Els/Les professionals que realitzessin el suport haurien de donar informació real, fomentar la participació de la família en la presa de decisions, establir la competència cultural, promoure un suport emocional efectiu per l'infant.

Rojas (43), l'estudi es va realitzar sol·licitant els responsables dels SUP que complementin una enquesta sobre la presència dels familiars als boxos de crítics (protocols, ubicació, acompanyants dels/les familiars i problemes derivats).

Els resultats van ser els següents:

En el 93,76% dels serveis s'oferia la presència dels/les familiars, en 68% dels serveis els/les familiars es trobaven acompanyats/des per algun/a sanitari/ària, tot i que al 43,75% ho fa de forma intermitent.

- Visió dels/les professionals: el 12,5% asseguraven que aquesta presència augmentava el nerviosisme i l'ansietat del/la familiar. El 37,5% van manifestar inquietuds i temors en el personal sanitari, més pressió durant l'assistència de l'infant crític i pitjor rendiment durant la realització de procediments invasius.

Així i tot, la valoració global de la presència de la família va ser positiva.

Algunes propostes que s'exposaven de forma global van ser du a terme protocols específics que incloguessin: presència dels/les familiars durant tota la RCP, lloc específic per romandre a l'habitació per la família, acompanyament durant tota la intervenció per un/a professional sanitari/ària que només acomplís aquesta tasca (preparar-la per entrar al box de crítics, estar al seu costat durant tota l'estada i oferir suport emocional i informació), condicions en què es permet la presència dels/les familiars, nombre de familiars permesos.

En aquest estudi, els/les professionals asseguraven que aquesta presència no provocava una disminució del nombre de reanimacions exitoses.

5. DISCUSSIÓ

A continuació, es discuteixen els resultats dels articles seleccionats en aquesta revisió d'acord amb l'objectiu general plantejat.

5.1 PERSPECTIVA DE LA FAMÍLIA

Diversos articles analitzats en aquest treball (34,36,38,42) defensen que els/les pares/mares prefereixen estar presents durant la RCP i que aquesta experiència és positiva per ells/elles, ja que disminueixen l'ansietat, augmenten la confiança i la comunicació amb l'equip sanitari. **Parra** (35), en el seu estudi i de forma més precisa aporta dades objectives i conclou que el 90% dels/les pares/mares que van estar presents en la RCP del/la seu/va fill/a creuen que la seva presència va ser positiva i va ajudar a aportar informació i a tranquil·litzar el/la seu/va infant. Aquest últim punt concorda amb els resultats d'investigació sobre la regulació emocional de Milozzi (18).

Per altra banda, els resultats d'altres estudis (36,39) afegixen que la presència dels pares en la RCP del/la seu/va fill/a sense un bon acompanyament per part de professionals sanitaris/àries entrenats en aquest, fomenta experiències negatives com una sensació de caos relacionada amb "l'allau" de professionals a l'habitació, la manca d'informació o el fet de no sentir-se escoltats/des per l'equip de reanimació. Per altra banda, també apunten que en l'àmbit cognitiu un gran nombre de pares/mares va experimentar una necessitat de crear una realitat paral·lela per no acceptar l'estat crític del/la seu/va infant.

Amb relació al dol després de la mort de l'infant durant la RCP alguns dels estudis analitzats (33,36,38,39) asseguren que els/les progenitors/es que van perdre un/una fill/a durant la RCP de l'infant argumenten que la presència a la mateixa els/les hi va ajudar a entendre i resoldre dubtes sobre l'estat crític del/la seu/a fill/a i que els/les professionals feien tot el que podien per ajudar els/les seus/ves infants. Tot això, va fer que els ajudés a dur a terme un dol sa i fomentés l'acceptació de la mort del/la seu/va infant.

Per altra banda, consideraven que passar els últims moments de la vida del seu/va infant amb ell/ella era un dret.

A més els resultats d'altres estudis (36,41) afirmen que en els casos on els/les infants aconseguen superar la RCP els/les pares/mares que l'han presenciada

no desenvolupen estrès posttraumàtic, ja que s'havien satisfet les seves necessitats i havien experimentat una comunicació bidireccional.

Els resultats d'altres estudis (32,33,35,37,40) asseguren que aquesta presència dels/les progenitors/es només és positiva sempre que els/les pares/mares es trobin acompanyats/des d'un/a membre de l'equip que vetlli per les seves necessitats durant la RCP del/la seu/va infant i també en els moments posteriors a aquesta.

Manguy (32) i **Arezo** (33) afegeixen altres necessitats que s'han de cobrir en els/les progenitors/es que estan presents en la RCP del/la seu/va fill/a i en destaquen el fet de valorar les variables individuals de la família, afavorir la comunicació de la família amb l'infant, afavorir l'adequació de la informació seguint el nivell d'alfabetització sanitària, satisfer les necessitats físiques i mentals de la família, tenir en compte que cada família presenta un afrontament diferent de la situació crítica que viu el/la seu/va fill/a i que el patiment familiar no està relacionat sempre directament relaciona amb la gravetat de l'infant.

5.2 PERSPECTIVA DELS/LES PROFESSIONALS DE LA SALUT

Diversos articles analitzats en aquest treball (33,37,41,42), defensen que la presència dels/les pares/mares durant la RCP genera efectes negatius en els/les professionals sanitaris/àries encarregats de la RCP, però aquests efectes negatius disminueixen sempre que els/les familiars es trobin acompanyats/des d'un membre de l'equip durant tot el procés.

Mentre que **Deacon** (38) assegura que ha d'haver-hi un/a professional sanitari/ària format/da en cas que els/les pares/mares vulguin estar presents en la RCP del/la seu/va fill/a no hi ha evidència que demostrï quines característiques hauria de tenir aquest/a professional ni a quina categoria professional hauria de pertànyer. **Arezo** (33) per la seva banda, coincideix en el fet que no hi ha literatura que demostrï a quina categoria professional hauria de pertànyer el/la professional, però aquest autor sí que conclou quines característiques hauria de tenir aquesta figura i que correspondria a un/a professional format/ada en aquesta disciplina en concret en l'acompanyament i el dol dels/les pares/mares durant la RCP, familiaritzat amb idiomes i cultures locals. També caldria que mostrés un comportament amable, tranquil i

compassiu, pacient, disposar d'una bona salut psicològica i habilitats de comunicació efectiva.

D'altra banda, també observava que el fet que aquesta figura fos pare/mare millorava la relació amb els progenitors/es.

Auerbach et al.(42) afegia les competències que havien de seguir els/les professionals que proporcionessin acompanyament a les famílies eren principalment: compartir informació amb la família, promoure la presa de decisions per part de la família, abordar les necessitats emocionals de la família, abordar el dolor emocional i estrès de l'infant, promoure una atenció eficaç i establir la competència cultural.

Doyle et al.(27) apunten que es podria formar als/les professionals sobre l'acompanyament dels/les pares/mares que estan presents durant la RCP del/la seu/va fill/a i en els processos de dol. Per altra banda, això fomentaria un vincle sa pare/mare i fill/a, cosa que podria tenir efectes molt positius d'acord amb la teoria de Bowlby(15).

Els resultats d'altres publicacions analitzades en aquest treball (33,38,39,42), per contra, asseguren que la presència dels/les pares/mares durant la RCP dels/les seus/ves fill/es té un impacte negatiu en els/les professionals i la seva capacitat per brindar una atenció adequada. Alguns dels efectes que provoca en els/les professionals són: augment de l'estrès, augment dels errors, interferència dels/les pares/mares en la RCP, pitjor rendiment durant la RCP. Els resultats de l'estudi realitzat per **Dainty**(40) afegien que tot i els efectes negatius que generen en els/les professionals sanitaris/àries tenir la presència dels/les pares/mares durant la RCP dels/les infants, entre un 60-85% estan d'acord amb aquesta presència.

Rojas (43) afegix que alguns/es dels/les caps de serveis dels SUP als que es van enviar les enquestes asseguren que la presència dels/les pares/mares augmenta el nerviosisme i l'ansietat dels/les familiars que estan presents.

Per altra banda, proposa millores per disminuir aquest impacte negatiu cap als/les professionals: presència dels/les familiars durant tot el transcurs de la RCP, lloc específic per romandre a l'habitació pels/les pares/mares, acompanyament d'un membre de l'equip que només compleixi aquesta tasca

d'acompanyament durant la RCP, protocol·litzar quan es permet la presència dels/les familiars i el nombre de familiars que són permesos.

5.3 LIMITACIONES

Les principals limitacions en la present revisió bibliogràfica són:

Molts dels estudis inclosos en la revisió bibliogràfica són de tipus descriptiu o revisions bibliogràfiques, aquest fet disminueix el nivell d'evidència científica dels resultats d'aquest estudi i la seva extrapolació.

Molts dels estudis trobats a les diferents bases de dades analitzades en aquest treball inclouen la RCP i els procediments invasius en una mateixa categoria, sense donar unes conclusions específiques per la RCP, fet que va obligar a desestimar-los per aquesta revisió bibliogràfica.

Per altra banda, alguns dels estudis analitzats presentaven una definició diferent sobre la presència dels/les pares/mares el que podria influir a la interpretació dels resultats i la generalització de les conclusions.

Per acabar en molts estudis es dona una falta de control d'algunes variables com factors d'experiència i captació dels professionals de la salut, la gravetat de l'infant, l'entorn hospitalari i l'heterogeneïtat dels protocols de RCP pediàtrica que poden variar entre els estudis i afectar a la qualitat dels resultats.

6. APLICABILITAT DE L'ESTUDI A LA PRÀCTICA INFERMERA

Els resultats d'aquesta revisió bibliogràfica poden tenir diverses aplicacions sobre la pràctica infermera:

- A) Millora de la comunicació efectiva entre els/les pares/mares i l'equip de reanimació cardiopulmonar: aportant informació rellevant i important que pot ser de gran ajuda a establir la causa de la necessitat de RCP de l'infant. Per altra banda, els/les infermers/es poden utilitzar la informació extreta dels resultats d'aquesta revisió per desenvolupar estratègies que ajudin als/les pares/mares a la comprensió del procés de RCP i a sentir-se útils durant aquesta.
- B) Educació sanitària pels/les pares/mares: als/les infermers/es poden ajudar les famílies a comprendre la importància de la seva presència en la RCP als/les seus/ves infants i el seu paper proactiu en la presa de decisions que apareguin durant aquesta. Recomana estratègies per reduir l'ansietat, disminuir o evitar el desenvolupament de l'estrès posttraumàtic o fomentar un dol sa en cas que l'infant mori durant la RCP.
- C) Estratègies per entrenar als/les professionals de l'equip de RCP en l'acompanyament dels/les progenitors/es durant la mateixa: els/les professionals poden descobrir quines són les necessitats dels/les pares/mares durant la RCP del seu/va fill/a i en funció d'aquestes establir quines haurien de ser les competències del/la professional que fes l'acompanyament de la família. Per altra banda, els/les hi pot servir per extreure informació sobre les característiques que hauria de tenir el/la professional que realitza l'acompanyament dels pares/mares.
- D) Suport emocional: el procés de RCP d'un/a infant té un impacte molt gran en els/les pares/mares. Els/Les professionals de l'equip de RCP poden orientar les seves actuacions en donar recursos per ajudar-los/les a passar aquest procés.
- E) Polítiques i protocol·lització: Els resultats de la revisió podrien deixar clares la necessitat de protocol·litzar diferents aspectes i establir pautes clares per guiar als/les infermers/es en aquesta situació per involucrar els/les pares/mares garantint la seguretat i el benestar d'ells/es i dels/les professionals de l'equip de reanimació.

7. CONCLUSIONS

En la present revisió bibliogràfica s'ha posat de manifest la importància de la presència dels/les pares/mares en la RCP i com aquesta presència afecta els/les pares/mares, els/les professionals de la salut de l'equip de RCP i a la qualitat de la RCP:

- Pel que fa a l'efecte de la presència dels/les progenitors/es durant la RCP al seu/va fill/a en els/les professionals de la salut de l'equip de reanimació: la majoria dels/les professionals creuen que la presència dels/les pares/mares durant la RCP és positiva i es troben a favor d'aquesta pràctica sempre que els/les pares/mares es trobin acompanyats/des per algun/a membre de l'equip on les seves úniques competències siguin l'acompanyament dels/les pares/mares.

Les característiques d'aquest/a professional sanitari/ària han de ser: professional format en aquesta disciplina en concret en l'acompanyament i el dol dels/les pares/mares durant la RCP, familiaritzat/ada amb idiomes i cultures locals. També cal que tingui comportament amable i compassiu, paciència i tranquil, bona salut psicològica i habilitats de comunicació efectiva.

En el cas que aquesta presència es doni sense l'acompanyament d'un/a professional entrenat en aquest tipus d'acompanyament provoca en els/les professionals un augment de l'estrès, augment dels errors, interferència dels/les pares/mares en la RCP, pitjor rendiment durant la RCP.

Pel que fa als/les professionals que es troben en contra d'aquesta pràctica, es tracta de professionals que no es troben entrenats/des ni han dut a terme formacions específiques.

En relació amb la qualitat de la RCP no està demostrat que la presència dels/les pares/mares afecti aquest fet.

- Respecte a l'efecte en els/les pares/mares o familiars s'observa que el 90% dels/les pares/mares que han estat presents durant la RCP dels/les seus/ves infants consideren que va ser una experiència positiva i que els va ajudar a disminuir l'ansietat, augmentar la confiança amb l'equip, els va ajudar a entendre l'estat crític del/la seu/va infant, va ajudar a la

regulació emocional del/la seu/va infant, va disminuir l'estrès posttraumàtic o iniciar el desenvolupament d'un dol sa.

Gran part d'aquesta experiència positiva és a causa de sentir-se acompanyats/des per part d'un/a membre de l'equip que vetlli per les seves necessitats: valorar les variables individuals de cada família, afavorir la comunicació de la família amb l'infant, afavorir l'adequació de la informació seguint el nivell d'alfabetització sanitària, satisfer les necessitats físiques i psicològiques de la família.

Pel que fa als/les pares/mares que no es troben acompanyats/des per un/a membre de l'equip o no se'ls permet estar presents durant la RCP del/la seu/va fill/a augmenten sensació de caos relacionada amb "l'allau" de professionals a l'habitació, la manca d'informació o el fet de no sentir-se escoltats/des per l'equip de RCP.

Per tal de millorar l'experiència dels/les pares/mares i dels/les professionals de la salut de l'equip de RCP caldria protocol·litzar en l'àmbit institucional aspectes com ara:

- Establir protocols per determinar la possibilitat de la presència dels/les familiars durant tota la RCP infantil.
- Disposar d'un lloc específic perquè la família pugui romandre a l'habitació.
- Acompanyament durant tota la intervenció per un/a professional sanitari/ària entrenat que només compleixi aquesta tasca (preparar-la per entrar al box de crítics, estar al seu costat durant tota l'estada i oferir suport emocional i informació).

8. BIBLIOGRAFIA

1. Johnson B: Institute for Patient- And Family Centred Care [Internet]. McLean: Institute for Patient and Family Cented-Care; 2017 [actualitzat al febre 2023; consultat 25 novembre 2023]. Disponible a: <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>.
2. Deepika, Seema R, Rahman J. Patient and Family Centred care: Practices in pediatrics. Int J Nurs Educ [Internet]. 2020[consultat 25 de novembre 2023];12 (4): 43-47. Disponible a: https://www.researchgate.net/profile/Amal-Abdelhafez/publication/344692837_Learning_Environment_Stressors_and_Coping_Styles_among_Nursing_Students/links/5ff21162a6fdccdb82a6639/Learning-Environment-Stressors-and-Coping-Styles-among-Nursing-Students.pdf#page=50
3. Seniwati T, Rustina Y, Nurhaeni N, Wanda D. Patient and family-centered care for children: A concept analysis. Belitung Nurs J [Internet]. 2023 [consultat 17 desembre 2023]; 9 (1): 17-24. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10353635/>
4. Arabiat D, Whitehead L, Foster M, Shields L, Harris L. Parents' experiences of Family Centred Care practices. J Pediatr Nurs [Internet]. 2018 [consultat 17 de desembre 2023]; 42: 39-44. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30219298/>
5. Hill C, Knafel KA, Santacroce SJ. Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. J Pediatr Nurs [Internet]. 2018 [consultat 1 gener 2024]; 41: 22-33. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596317305316>
6. Kliegman RM, Geme JST, Blum N, Shah SS, Tasker RC. Nelson Tratado de Pediatría. 21a ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier; 2020.
7. Generalitat de Catalunya. *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica*. Generalitat de Catalunya, Agència de Salut pública de Catalunya; [Internet]. 2008. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf
8. Bustamante Espinosa LK, Luzuriga Calle MA, Rodríguez Rodríguez PE, Espadero Faican RG. Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. ProSciences [Internet]. 2022[consultat el 3 de gener 2023];6(42). Disponible a: <file:///Users/mariafernandezlopez/Downloads/Desarrollo+psicol%C3%B3gico+del+adolescente+una+revisi%C3%B3n+sistem%C3%A1tica.pdf>
9. Cruz Hernández M, García García JJ, Cruz Martínez O, Mintegi Raso S, Moreno Villares JM. Manual de pediatría M.Cruz. 4a ed. Madrid: Ergon; 2020.
10. Suárez M, Jaime M. Utilidad del Triángulo de Evaluación Pediátrica en un Servicio de Emergencia Pediátrica. Bol Méd Postgrado [Internet]. 2018 [consultat 1 gener 2024]; 34 (2): 39-45. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8822490>
11. Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Protocolos diagnòsticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría* [Internet]. 2020. Disponible a: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_fin

al.pdf

12. Van De Voorde P, Turner NM, Djakow J, De Lucas N, Martinez-Mejias A, Biarent D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. Resuscitation. Elsevier [Internet]. 2021 [consultat 7 de desembre 2023]; 161: 327-87. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030095722100068X>
13. Ma X, Liu Y, Du M, Ojo O, Huang L, Feng X, et al. The accuracy of the pediatric assessment triangle in assessing triage of critically ill patients in emergency pediatric department. Int Emerg Nurs [Internet]. 2021 [consultat 1 gener 2024]; 58: 101-141. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X21000793>
14. Lavonas EJ, Magrid DJ, Aziz K, Berg KM, Cheng A, Hoover AV. Aspectos destacados de las Guías de la American Heart Association del 2020 para RCP i ACE. American Heat Association [Internet]. 2020 [consultat 17 de gener 2024]. Disponible a: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
15. Bowlby J, Ainsworth S. The Bowlby-Ainsworth attachment theory. Behavioral and Brain Sciences [Internet]. 2015 [consultat 3 de gener 2024]; 4 (2): 637-638.
16. Ainsworth S, Blehar MC, Waters E, Sally N. Wall. Partterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation. 2a ed. Virginia: Routledge; 2015.
17. Mónaco E, De la Barrera U, Montoya-Castilla I, Mónaco E, De la Barrera U, Montoya-Castilla I. La influencia del apego sobre el bienestar en la juventud: el rol mediador de la regulación emocional. Anal.Psicol [Internet]. 2021 [consultat 25 de desembre 2023]; 37 (1): 21-7. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282021000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Milozzi S, Marmo J. Revisión sistemática sobre la relación entre el apego y la regulación emocional. Psicol UNEMI [Internet]. 2022 [consultat 16 de desembre 2023]; 6 (11): 70-86. Disponible a: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1443>
19. Olhaberry M, Sieverson C. Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2022 [consultat 25 de desembre 2023]; 33(4):358-366. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864022000748>
20. Emine A, Ilhan I, Acar G, Encinger IH. Children's Emotion Regulation and Attachment to Parents: Parental emotion socialitazion as a moderator. Social Behavior and Personality: An international journal [Internet]. 2018 [consultat 4 gener 2024]. 46 (6): 969-984 Disponible a: <https://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2018/00000046/00000006/art00007>
21. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. Curr Opin Psychol [Internet]. 2019 [citat 4 gener 2024]; 25: 6-10. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X18300071>
22. Merino Gávez EE, Martínez Soriano I, Viedma Guiard MV, Cardeñosa JM, Merino Coy G, Viedma Guiard J et al. Epidemiología de los casos pediátricos en la sala de emergencias de un hospital general. Rev Pediatría Electrónica [Internet]. 2021;18(4). Disponible a:

<https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2021/vol18num4/pdf/EPIDEMIOLOGIA%20CASOS%20PEDIATRICOS%20SALA%20EMERGENCIAS.pdf>

23. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Informe breu núm. 47. Urgències pediàtriques. Catalunya 2020. Barcelona; 2022. Report No: 47.

24. Hashavya S, Pines-Shwartz N, Guzner N, Cahan Sarna LO, Gross I. The Impact of Parental Presence on Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department: A Prospective Study. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [consultat 28 novembre 2023]; 12 (17). Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/2862335955/abstract/4441905210F841C3PQ/1>

25. Beca Infante JP. La relación médico-paciente en el siglo 21. *Rev.chil Enferm. respir* [Internet]. 2018 [consultat 28 de novembre 2023]; 34: 209-211. Disponible a: <https://revchilenfermrespir.cl/pdf/S0717-73482018000400209.pdf>

26. Walker W, Gavin C. Family presence during resuscitation: A narrative review of the practices and views of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 [consultat 2 gener 2024]; 53:15-22. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718302866>

27. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: An option. *Ann Emerg Med* [Internet]. 1987 [consultat 2 gener 2024];16 (6). Disponible a: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(87\)80069-0/abstract](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(87)80069-0/abstract)

28. American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC [Internet]. 2020 [Citat 2 de gener de 2023]. Disponible a: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020_ECC_Guidelines_English.pdf

29. Berg KM, Bray JE, Ng KC, Liley HG, Greif R, Carlson JN, et al. 2023 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation* [Internet]. 2023 [consultat 2 gener 2024];148 (24):187-280. Disponible a:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001179>

30. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Nova York: Naciones Unidas; 2016 [actualitzat al març del 2022, consultat 1 gener 2024]. Disponible a: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

31. Deacon A, O'Neill T, Delaloye N, Gilfoyle E. A Qualitative Exploration of the Impact of a Distressed Family Member on Pediatric Resuscitation Teams. *Hosp Pediatr*. [Internet] 2020 [consultat 18 de febrer 2024]; 10 (9).

32. Manguy AM, Oakley E, Joubert L. Acute psychosocial care of families in paediatric resuscitation settings: Variables associated with parent emotional response. *Australas Emerg Care* [Internet]. 2020[consultat 23 de febrer 2024]; 3 (24). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33309546/>

33. Arezoo G, Hassankhani H, Powers K, Arshadi-Bostanabad M, Namdar-Areshtanab H, Heidarzadeh M. Parental support needs during pediatric resuscitation: A systematic review. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2022 [consultat 21 de febrer 2024]; 63.

34. Mark K. Family presence during paediatric resuscitation and invasive

- procedures: the parental experience: An integrative review. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2021 [consultat 16 de febrer 2024]; 35 (1). Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12829>
35. Parra C, Mele M, Alonso I, Trenchs V, Luaces C. Parent experience in the resuscitation room: how do they feel? *Eur J Pediatr* [Internet]. 2018 [consultat 4 gener 2024]; 177 (12). Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3236-5>
36. Stewart SA. Parents' Experience During a Child's Resuscitation: Getting Through It. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2019 [consultat 25 febrer 2024]; 47. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596318305086>
37. Stewart SA. Parents' Experience When Present During a Child's Resuscitation: An Integrative Review. *West J Nurs Res* [Internet]. 2019 [consultat 27 de febrer 2024]; 41 (9).
38. Deacon A, O'Neill TA, Gilfoyle E. A Scoping Review of the Impact of Family Presence on Pediatric Resuscitation Team Members. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2020 [consultat 27 de febrer 2024]; 21 (12). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32740185/>
39. Benny L. Does Family Presence in the Trauma Bay Help or Hinder Care? *AMA J Ethics* [Internet]. 2018 [consultat 2 de març 2024]; 20 (5). Disponible a: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/does-family-presence-trauma-bay-help-or-hinder-care/2018-05>
40. Dainty KN, Atkins DL, Breckwoldt J, Maconochie I, Schexnayder SM, Skrifvars MB, et al. Family presence during resuscitation in paediatric and neonatal cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation* [Internet]. 2021 [consultat 16 febrer 2024]; 162. Disponible a: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00025-3/abstract](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00025-3/abstract)
41. Arezoo G, Hassankhani H, Powers K, Sawyer A, Karimi B, Kharidar M. Parental supporter during pediatric resuscitation: Qualitative exploration of caregivers' and healthcare professionals' experiences and perceptions. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2024 [consultat 18 de febrer 2024]; 72. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X23001209?via%3Dihub>
42. Auerbach M, Butler L, Myers SR, Donoghue A, Kassam-Adams N. Implementing Family Presence During Pediatric Resuscitations in the Emergency Department: Family-Centered Care and Trauma-Informed Care Best Practices. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2021 [consultat 21 de febrer]; 47 (5). Disponible a: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(21\)00190-2/abstract](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(21)00190-2/abstract)
43. Rojas A, Pallache A, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Presència dels familiars al box de crítics dels serveis d'urgències. *Pediatr Catalana Butlletí Soc Catalana Pediatr* [Internet]. 2023 [consultat 28 febrer 2024]; 83 (2): 47-51. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9039253>