



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Reanimación cardiopulmonar presenciada por los familiares. Estudio para implementar un programa RCP-PF en un hospital

Cardiopulmonary resuscitation witnessed by family members. Study to implement a CPR-FP program in a hospital

Reanimació Cardiopulmonar presenciada pels familiars. Estudi per a implementar un programa RCP-PF en un hospital

MARIA CARMEN BOQUÉ OLIVA *

* Maria Carme Boqué Oliva. Doctora en Medicina. Profesora associada de Medicina, Universitat Rovira i Virgili. Jefa de Servicio de Urgencias y Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona (España). Email: macarmeboque@gmail.com.



Copyright (c) 2021 Maria Carme Boqué Oliva
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

La presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) está ampliamente aceptada desde los años 80, pero la realidad es que el número de países europeos que la aceptan prácticamente no ha cambiado los últimos años (10/32 en adultos y 13/32 en niños). El 80% de los profesionales suelen ser reticentes a dicha presencia, alegando que pueden alterar el correcto desarrollo de la reanimación y puede ser contraproducente para profesionales y los familiares. En general los pediatras y las enfermeras suelen estar más a favor de la presencia de dichos familiares que los responsables de reanimación de adultos. Se realiza una encuesta a los profesionales de dos centros españoles para valorar, por una parte, su opinión sobre la RCP presenciada por los familiares (RCP-PF), y por otra, si creen factible implementar un programa de este tipo en su centro de trabajo. Resultados: a pesar de que más del 80% de profesionales encuestados invitan a los familiares a retirarse de la escena de la RCP, un tercio de los mismos ve factible la puesta en marcha de dicho programa en su centro y casi la mitad estarían dispuestos a colaborar en dicha implementación.

Palabras clave: RCP; RCP-PF; cuidados centrados en el paciente y familiares.

Abstract

The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation (CPR) has been widely accepted since the 1980s, but the reality is that the number of European countries that accept it has practically not changed in recent years (10/32 in adults and 13/32 in children). 80% of professionals are usually reluctant to such presence, claiming that they can alter the correct development of resuscitation and can be counterproductive for professionals and their families. In general, pediatricians and nurses tend to be more in favor of the presence of these relatives than those responsible for resuscitation of adults. A survey is carried out among professionals from two Spanish centers to assess, on the one hand, their opinion about CPR witnessed by relatives (FP-CPR) and on the other if they believe it is feasible to implement a FP-CPR program in their hospital. Results: Despite the fact that more than 80% of the professionals surveyed invite family members to leave the CPR scene, a third of them see the implementation of FP-CPR program in their center as feasible and almost half would be willing to collaborate.

Keywords: CPR; FP-CPR; patient and family centered care.

Resum

La presència de familiars durant la reanimació cardiopulmonar (RCP) està àmpliament acceptada des dels anys 80, però la realitat és que el nombre de països europeus que l'accepten pràcticament no ha canviat els últims anys (10/32 en adults i 13/32 en nens). El 80% dels professionals solen ser reticents a aquesta presència, al·legant que poden alterar el correcte desenvolupament de la reanimació i pot ser contraproduent per a professionals i els familiars. En general els pediatres i les infermeres solen estar més a favor de la presència d'aquests familiars que els responsables de reanimació d'adults. Es realitza una enquesta als professionals de dos centres espanyols per a valorar, d'una banda, la seva opinió sobre la RCP presenciada pels familiars (RCP-*PF), i per una altra, si creuen factible implementar un programa d'aquest tipus en el seu centre de treball. Resultats: a pesar que més del 80% de professionals enquestats conviden als familiars a retirar-se de l'escena de la RCP, un terç dels mateixos veu factible la posada en marxa d'aquest programa en el seu centre i gairebé la meitat estarien disposats a col·laborar en aquesta implementació.

Paraules claus: RCP; RCP-PF; cures centrades en el pacient i familiars.

1. Introducción

El paro cardíaco es una situación catastrófica e inesperada, potencialmente reversible, que involucra a familiares, amigos, profesionales y a la sociedad al completo. En Europa ocurren 0.5-1 paros cardíacos por cada 1000 hab/año con una supervivencia según las series de 8.2-10.4%.¹

Los avances médicos y las expectativas del público nos han conducido a un debate ético sobre cómo deben ser las decisiones e intervenciones en el final de la vida. Hemos pasado de un enfoque centrado en las decisiones médicas, potenciando la beneficencia, a un enfoque que enfatiza la autonomía en salud incluso en aspectos como la reanimación. El cuidado centrado en el paciente obliga a los profesionales a tomar decisiones respetando los deseos y creencias de los pacientes, pero aplicarlo en situaciones como el paro cardíaco es un reto. Los profesionales deben saber cuando iniciar o cuando parar una RCP respetando las directrices de los propios pacientes y esto constituye un dilema ético: ¿cómo pueden los profesionales de la salud adoptar un enfoque centrado en el paciente, cuando las preferencias de éste se desconocen?²⁻⁴

Los hospitales ejercen una cultura de “poder” sobre la sociedad con una serie de normas, comportamientos y roles, aceptados por todos de manera que, lejos de un cuidado centrado en la persona, se practica una medicina biologicista centrada en la técnica. La arquitectura hospitalaria tampoco está preparada y la falta de espacio físico puede llegar a convertirse en un verdadero problema, o ¿tal vez es una excusa? Sin embargo cuando la parada ocurre en el domicilio, el sentimiento de poder de los profesionales que asisten es menor, propiciando que los familiares tengan más posibilidades de poder decidir. No obstante, las diferencias culturales son amplias, en los países anglosajones se da mayor consideración al derecho de los familiares de presenciar la RCP y por tanto al derecho de los mismos de participar en la toma de decisiones.⁵

La resucitación se considera fútil cuando las esperanzas de supervivencia, con aceptable calidad de vida, son mínimas. La decisión de no iniciar una RCP considerada fútil no requiere el consentimiento de pacientes o familiares, que suelen tener unas expectativas poco reales en cuanto al éxito o potenciales beneficios de dicha resucitación, sin embargo, el equipo médico tiene el deber de consultar a los representantes sobre la existencia de directrices avanzadas⁶ antes de iniciar el proceso.

Desde la década de los 80 algunos países han aceptado el concepto de reanimación presenciada por los familiares, sin embargo, sólo el 31% de los países europeos se permite, porcentaje que aumenta a un 41% en caso de los niños⁷. El *European Resuscitation Council* (ERC)⁸ está a favor que se dé la posibilidad, teniendo en cuenta las sensibilidades personales y variaciones culturales de cada zona.

2. La resucitación cardiopulmonar presenciada por los familiares

2.1 Consideraciones éticas

El debate se inició en 1982 en el Foote Hospital en Jackson, Michigan⁹, cuando los miembros de una familia insistieron en presenciar la reanimación cardiopulmonar de uno de ellos. Desde entonces, la literatura ha tenido un largo recorrido en muchos países, pero seguimos sin ponernos de acuerdo en qué actitud tomar.

La RCP-PF es mucho más aceptada cuando hablamos de niños que adultos, a pesar que los valores éticos que rigen estas prácticas son idénticos¹⁰. La variabilidad existente entre los distintos profesionales está influenciada por rasgos culturales, pero todos ellos tienden a demostrar que las enfermeras y los pediatras están más a favor de estas prácticas que los médicos de adultos.¹¹

En base a los principios de Beauchamps y Childress¹², podemos analizar la RCP de la siguiente manera:

Principio de Beneficencia (PB) sin Maleficencia (PNM)

Beneficencia entendida como hacer el bien, pero también prevenir y evitar el mal. El médico tiende a la postura paternalista, en que solo se puede garantizar el *mejor interés* del paciente si temporalmente suspende su autonomía y actúa únicamente acorde al PB. Esta es la base de muchos de los que se oponen al RCP-PF, excluyendo a los familiares, para promover el correcto cuidado, privacidad y dignidad de los pacientes. Se trata de un paternalismo en el que el *mejor interés*, tanto de pacientes como profesionales, es la supervivencia de la víctima y estos últimos ven en la presencia de familiares un peligro para dicha supervivencia, cuando el paciente puede desear justo lo contrario⁵⁻⁶.

¿Los profesionales están legitimados moralmente para denegar la RCP-PF en base al principio de beneficencia? En situación de PCR, se podría justificar que aunque el paternalismo implica una superioridad del juicio médico, es sólo temporal hasta que el paciente recupere su autonomía. Otra justificación podría ser la dificultad de la toma de decisiones médicas compartidas en situación crítica. No obstante, no son pocas las ocasiones en que los profesionales no respetan la decisión del paciente, si no se correlaciona con sus propio juicio y se oponen a la RCP-PF sólo porque choca con su propia cosmovisión, más que porque sea lo mejor para el paciente².

Por otra parte, las posibilidades de supervivencia de una RCP son realmente bajas y la protección del bienestar de los familiares debería ser también una prioridad. La RCP-PF sin un

correcto apoyo por parte de los profesionales podría producir un shock en los familiares, que les imposibilitaría enfocarse en su ser querido en estos momentos. Por lo tanto, se debe tener en cuenta no sólo la beneficencia de los pacientes, sino también de las familias¹³. No obstante, los beneficios a la familia o sociales son secundarios, y válidos sólo si no causan daño al paciente, por eso podría ser un riesgo si la presencia de familia de alguna forma distorsionase la reanimación o interfiriera en el trabajo de los reanimadores. La mayoría de estudios no muestran evidencias sobre los efectos que la presencia de familiares tenga sobre la mortalidad o la calidad de la reanimación.

Además de las pocas posibilidades de supervivencia, los pacientes que sobreviven pueden presentar lesiones hipóxico-isquémicas graves que pueden conllevar severas discapacidades¹⁴, o incluso, un estado vegetativo permanente. Así, deberíamos poder predecir el resultado de la RCP y conocer las preferencias y valores de los pacientes, para poder ser efectivos y éticamente correctos. Pero puesto que ambos son difíciles de conocer, iniciar la reanimación lo antes posible es una opción válida, a no ser que haya signos irreversibles de muerte, o Voluntades Anticipadas que nos indiquen lo contrario. Por lo tanto, suele ser la actitud habitual de los profesionales, intentar preservar la vida y decidir cuál es el *mejor interés* en cuanto se pueda recabar información suficiente.

El ERC⁸ considera dentro de sus guías éticas, que no debería prolongarse una RCP más allá 20 minutos, en ausencia de causas reversibles, puesto que las posibilidades de una recuperación neurológica, en unas condiciones aceptables es improbable. Aunque últimamente esto también puede cambiar con la introducción de la RCP extracorpórea, con la que la decisión de cuándo parar se hace aun más compleja.

La posibilidad de producir un daño cerebral con la RCP, podría guiar las decisiones éticas de cuándo y cómo un tratamiento puede considerarse desproporcionado, pero una vez más nos encontramos en que los predictores tienen poca evidencia científica y los resultados son controvertidos, por lo que ante la duda la tendencia será siempre a mantener aquellos tratamientos de soporte vital que tenemos en marcha¹⁵. Por último podríamos hablar del significado de un “pronóstico neurológico aceptable” en términos de calidad de vida, y se deberían tener en cuenta los criterios de calidad de vida según pacientes y familiares a la hora de elaborar índices pronósticos¹⁶.

Principio de Justicia (PJ)

Es aquel que nos garantiza que todas las personas tengan acceso equitativo y razonable a los recursos sanitarios y sociales. No entraremos en inequidades que pueden existir en el acceso a la RCP y en los cuidados post-RCP debidas a diferencias en las estructuras sanitarias, pero, en

situación de emergencia todos los pacientes deberían recibir el tratamiento óptimo sin tener en cuenta situaciones personales, administrativas o socio-económicas.

La mayoría de los países europeos⁷ no reportan limitaciones al acceso a la RCP y cuidados posteriores. Sin embargo, para decidir el nivel o intensidad de dicha RCP, se valoran distintos ítemes como la historia clínica con las comorbilidades, la edad (aunque ésta por sí sola no suele ser determinante, y no estaría respaldada por la práctica ética), y a pesar de que en general se tienen en cuenta las voluntades anticipadas, no se suele pensar en la opinión de los familiares. Nuevamente la mayor duda que surge es si los familiares pueden malinterpretar una resucitación o considerar que no “se hace lo suficiente”, aunque esto no se haya demostrado en grandes estudios con más de 500 pacientes.⁷ Los riesgos legales para los profesionales suelen ser bajos y deberían disminuir aun más, a medida que la RCP-PF se vaya extendiendo¹⁷.

Principio de Autonomía (PA)

Pacientes y familiares deben gozar de la máxima autonomía en los temas que les conciernen directamente, y nada más directo que la propia salud y el momento de la muerte. Denegar a los familiares estar con su ser querido en el momento de la muerte, contraviene la autonomía, si éste es su deseo. Las decisiones por sustitución se deben tomar preguntando a las familias cuáles son los intereses del paciente, aportando información sobre creencias y deseos que dan pautas a la hora de actuar y previenen paternalismos, reduciendo la posibilidad de confundir el mejor interés del paciente con nuestras propias convicciones.

Estos debates se han vivido en pediatría en cuanto al derecho de los padres de estar presentes durante los procedimientos invasivos, y el balance es a favor de la presencia de los padres en estos procesos. Si en el caso de los niños admitimos el derecho de los padres a tomar las decisiones subrogadas, parece lógico hacer lo mismo con los adultos.^{6,11}

La RCP-PF no ha demostrado que produzca efectos indeseables en los familiares, e incluso puede ser beneficioso para ellos, reduciendo la ansiedad y el estrés postraumático, por lo que ofrecer la posibilidad de ello debería ser la práctica habitual.¹⁷

2.2 Consideraciones legales

En el marco normativo español está legislado el derecho a la asistencia sanitaria y el respeto a la autonomía del paciente, además, para garantizar la correcta atención en el final de la vida. La mayor parte de las Comunidades Autónomas han regulado el proceso médico de morir¹⁸⁻²⁰, reforzando el valor de la autonomía y resaltando el derecho de los pacientes a que sean respetadas

sus “voluntades anticipadas”, pero no existen directrices respecto a la RCP en ninguna de ellas. En Europa, la mayoría de países europeos tienen directrices sobre voluntades anticipadas y órdenes de no RCP, pero no tienen referencias a la participación de las familias en las decisiones al final de la vida,⁷ a excepción de Alemania que legisla en menores.

Existen evidencias internacionales del progreso desde una medicina paternalista a unas prácticas basadas en la ética y la voluntad del paciente, sin embargo, no es fácil adaptar la práctica a las decisiones tomadas por los pacientes, por varias razones¹⁵:

- ◆ Las voluntades anticipadas son, a veces, ambiguas, intentando cubrir un amplio espectro de decisiones difíciles de interpretar.
- ◆ Los familiares o los mismos profesionales, por motivos de conciencia, no tienen en cuenta la voluntad del paciente.
- ◆ La misma aplicación de las órdenes de resucitación depende mucho de la decisión individual de los profesionales en el momento del final de vida.

2.3 Opinión de los profesionales

Los estudios realizados a nivel internacional referentes a la opinión de los profesionales sobre la RCP-PF obtuvieron resultados bastante parecidos: las enfermeras son más favorables que los médicos, y entre estos, las de los pediatras sobre los que se dedican a pacientes adultos.

Metzelopoulos⁷ en un estudio realizado en 31 países europeos, observó variaciones importantes referentes a la toma de decisiones al final de vida, tanto en la práctica clínica como en la organización asistencial. P. Jabre¹⁷ realizó en Francia en 2013 un estudio en 15 unidades extrahospitalarias y recogió 570 casos de RCP-PF aleatorizados según la presencia/no presencia de familiares. Un 24% de los profesionales estuvieron en contra, a pesar de que no existieron diferencias significativas en los niveles de ansiedad experimentado por dichos profesionales, ni tuvieron reclamaciones legales en las reanimaciones presenciadas. Los argumentos en contra esgrimidos eran mayoritariamente médico-legales.

Colbert²¹ presentó la opinión de 655 médicos de 62 países y solo un 31% estaban de acuerdo con la RCP-PF y de ellos, solo los franceses estaban mayoritariamente de acuerdo. Las razones argumentadas fueron que la familia interferirá en el proceso de reanimación, que quedarán traumatizados por la experiencia, el temor a los litigios y expresaron que la reanimación intrahospitalaria es distinta de la extrahospitalaria. Los encuestados, por otra parte, dijeron

aceptar la voluntad del paciente y sus familiares y entienden que es un derecho del paciente estar acompañado en situaciones críticas.

Enriquez *et al.*²² realizaron una encuesta a 1286 médicos argentinos y 1848 médicos de otros países sudamericanos que atienden unidades de críticos. De las respuestas recibidas, solo un 23% están a favor del RCP-PF en Argentina y 20% en el resto de los países. La práctica es más frecuente entre pediatras, y la razón en contra más argumentada (21,8%) es el miedo a que los familiares malinterpreten la reanimación.

En un estudio español en el País Vasco²³, los profesionales creen que se debería valorar cada situación de forma independiente, y que lo ideal sería brindar a los familiares la oportunidad de estar presentes, siendo éstos los que tomen la decisión final. Consideran que si la parada sucede en la calle condiciona la presencia de familiares, facilitando dicha práctica, aunque creen que la falta de legislación y el déficit de formación en aspectos ético-legales podrían incluso conllevar a la simulación de una RCP si la familia está presente.

Ante la pregunta de si la familia puede influir en la calidad de la RCP, la respuesta es no^{17,24}. El estudio de Golberger²⁵ en 252 hospitales de EE.UU. con 41.568 PCR no encuentra diferencias en la recuperación de la circulación espontánea, ni en el resultado del proceso hospitalario, sugiriendo que dichas políticas no afectan negativamente a la reanimación.

En estudios pediátricos^{25, 11} vemos que la práctica es más común y más aceptada que en adultos. Fein²⁶ señala que un 63% de los pediatras aceptaban la presencia de familiares tanto en la RCP con como en el politraumatismo. A pesar de que muchos nunca han preguntado a un familiar si quiere estar presente en la reanimación, los pediatras aceptan más la práctica, admitiendo que la reanimación de un niño puede ser incluso más traumática que la de un adulto. Los que están en contra esgrimen los mismos argumentos que los médicos de adultos. En este estudio, encuentran mayor predisposición a la presencia de la familia en médicos experimentados que en residentes, siendo esto una clara manifestación de la inseguridad de los médicos más jóvenes.

Distinto es el caso del Yale-New Haven Hospital²⁷, donde en 2012 preguntaron por su opinión a sus profesionales y el 77% estaba a favor de la RCP-PF, lo que hizo recomendar la puesta en marcha de un protocolo específico en dicho centro.

El personal de enfermería suele tener unos mayores índices de aceptación de la práctica. Halm²⁸ realizó una revisión de la literatura y refiere que 1/3 de 1000 enfermeras ha acompañado a familiares a presenciar una resucitación, a pesar de que solo el 5% de los hospitales tenía una política favorable. Esta aceptación mejora mucho (11-79%) después de un programa de educación. Las enfermeras de emergencias consideran la presencia de los familiares un derecho,

más que una opción, para asistir al final de vida de sus seres queridos, pero los argumentos esgrimidos en contra la presencia de familiares de médicos y enfermeras son los mismos.

Por otra parte, ninguno de los estudios presentados hasta ahora demuestra que existan efectos psicológicos negativos sobre el equipo que interviene en una reanimación¹⁷. También, demuestran que las habilidades comunicativas y la confianza en uno mismo son pilares fundamentales a la hora de implementar programas de RCP-PF, tanto entre médicos como enfermeras, y que estas habilidades se pueden adquirir incluso con programas *on line*.^{29,30}

La RCP-PF es un dilema ético, de eso no tenemos ninguna duda y las últimas dos décadas se ha escrito mucha literatura en torno a cuál debe ser la práctica de los profesionales, y a pesar de que las conclusiones no son claras, muchas son las organizaciones²⁷ que abogan por permitir las.

2.4 Opinión de pacientes y familiares. Efectos psicológicos

El primer y más importante estudio en medicina extrahospitalaria fue el de Jabre¹⁶ (New England, 2013) que demostró, entre otras cosas, que los familiares no tenían mayor stress post-traumático comparado con los que no presenciaban la reanimación. Los mismos autores publican al año siguiente un trabajo³¹ en que valoran stress post-traumático, ansiedad, depresión y duelo patológico y el resultado es que en el grupo control tienen más sintomatología, concluyendo que los beneficios psicológicos de RCP-PF persisten después de un año.

Los beneficios psicológicos en los familiares³² son:

- ◆ Creen que su presencia reconforta y ayuda al paciente.
- ◆ Consideran un derecho estar presentes en la resucitación.
- ◆ La presencia de stress post-traumático es mayor en familiares que no han estado presentes.
- ◆ La conciencia de que se ha hecho todo lo posible para el paciente.
- ◆ Los padres de niños que han presenciado la reanimación^{33,34} de sus hijos les ha ayudado a afrontar el duelo.

A pesar de que no tenemos muy claro que la presencia de familiares pueda beneficiar a los pacientes, parece evidente que si beneficia a los familiares, y la mayoría repetiría de darse el caso.

En cuanto a las opiniones de los propios pacientes, no existen evidencias de que la presencia de familiares les pueda afectar, sin embargo, cuando se exploran sus preferencias^{35,36} encontramos que los pacientes preferirían que los familiares estuvieran presentes. En una

entrevista³⁷ a pacientes que han acudido a urgencias por enfermedades graves, un 72% indica que prefieren que su familia esté presente. Destacar que en algunos trabajos los mismos encuestados entienden que la visualización de una reanimación puede ser traumática para la familia y esto les preocupa. Cuando en los estudios preguntan a médicos y a pacientes sobre la presencia de su familia en su propia reanimación, la mayoría está de acuerdo con ello.

2.5 Educación, Experiencia y Guías de RCP

Tres trabajos³⁸⁻⁴⁰ investigan los efectos, opiniones, actitudes y experiencia en los profesionales en referencia a la RCP-PF. Se observa que los más experimentados y con más habilidades tienen más tendencia a ofrecer la posibilidad de estar presentes a la familia, ya que ven en la práctica más beneficios que riesgos, y se sienten con capacidad de manejar la situación. Dos de estos estudios demuestran que la formación no cambia la actitud de los profesionales, lo que nos hace pensar que se trata más de convicciones y connotaciones culturales que de habilidades prácticas y comunicativas lo que nos llevan a dar más importancia a las barreras que a las oportunidades que ofrece la práctica.

Las guías de reanimación del ERC⁸ del año 2010 parecen más proclives a aceptar la RCP-PF que las del 2015⁴¹ y así asumen la posibilidad de ofrecer a las familias presenciar la RCP con niveles de evidencia Clase IIa C para adultos y Clase IB para niños, y piden a los equipos de resucitación que sean sensibles a la presencia de familiares, asignando un miembro del equipo para acompañar a esa familia, ofreciendo información y confort. En las guías de 2015 no se da este nivel de evidencia y simplemente recomienda, si es posible, un miembro experimentado del equipo que de soporte a la familia. Hace mención a que la presencia de la familia puede contribuir a una actitud más abierta hacia la autonomía de pacientes y familiares, y que su presencia no influye en la calidad de la resucitación.

2.6 Experiencias en otros centros/comunidades

Hemos revisado que salvo en Francia y EE.UU. hay una tendencia por parte de los profesionales a rechazar la presencia de familiares en la reanimación. En España, el estudio vasco²² en grupos focales, llega a las siguientes conclusiones:

- ◆ La RCP es un constructo social, y por lo tanto, influido por múltiples factores socioeconómicos.

- ◆ Pacientes y familiares rechazan la RCP-PF en un contexto de negación de la enfermedad y la muerte.
- ◆ La falta de legislación y el déficit de formación podría llevar a los profesionales a simulación de una RCP en pacientes no reanimables si la familia está presente.

En otro estudio español publicado en 2017⁴² que se realizó en el Hospital de la Princesa de Madrid, llegaron a la conclusión que lo que más preocupaba a los profesionales era la posibilidad de interferencias por parte de la familia, y que éstas experimentarían estrés postraumático. Los pediatras eran menos reticentes que los profesionales que tratan con adultos, la autora cree que es porque están más cercanos a las familias y entienden mejor sus emociones. El estudio, a diferencia de otros, no encontró diferencias entre médicos y enfermeras.

3. Hipótesis de trabajo

Menos el 10% de los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria sobreviven. Una forma de aliviar el dolor de los familiares es permitir que estén presentes en el momento de la reanimación, por dos razones: 1) frecuentemente, son los familiares los que encuentran al paciente en situación crítica y por lo tanto ya son conscientes de ello, y 2) son los depositarios de la voluntad del paciente en un momento en que él no va a poder decidir.

Los profesionales deben ser conscientes de la situación y por lo tanto deberían permitir la presencia de la familia con dos objetivos: 1) expresar la voluntad del paciente 2) que la situación les permita elaborar el duelo.

4. Material y método

Se realiza una encuesta basada en el trabajo de Enriquez²¹ en Sudamérica. Esta encuesta ha sido modificada para adaptarla a nuestro medio. Consta de 14 preguntas, realizada en Google Forms y difundida por mail al responsable de cada servicio, quien a su vez envía por mail a sus subordinados. Se envía a profesionales (médicos -adjuntos y residentes- y enfermeras) de urgencias, UCI y pediatría así como a los miembros de CEA del Hospital Joan XXIII, Sistema de Emergències Mèdiques del Camp de Tarragona y el Hospital de Getafe. Por lo tanto las respuestas corresponden a 3 centros de trabajo, dos son hospitales y uno el SEM.

4.1 Objetivos

El objetivo principal por el que se plantea la encuesta a los profesionales, es la posibilidad de implantar un programa de RCP-PF, tras conocer su opinión.

Los objetivos secundarios:

- ◆ Analizar las diferencias de opinión entre estamentos, teniendo en cuenta la experiencia profesional.
- ◆ Analizar las diferencias entre Adultos y Pediatría.
- ◆ Involucrar al CEA del hospital en la puesta en marcha del programa RCP-PF.
- ◆ Intentar que los que reciban la encuesta puedan reflexionar en el concepto de “Cuidados centrados en el paciente”, también en reanimación.

4.2 Estadística

La descripción de las variables se ha realizado utilizando frecuencias absolutas (n°) y relativas (%). Para la comparación de grupos se ha realizado la prueba de la Ji al cuadrado. El nivel de significación estadística aceptado ha sido $p < 0,05$. El análisis de datos se ha efectuado con el programa SPSS versión 19.

5. Resultados

Se obtuvo una respuesta del 28,9% de las encuestas enviadas, un total de 175, distribuidas de la siguiente forma:

- ◆ 120 (68.6%) médicos, 53 (30.2%) enfermeras y 2 otros,
- ◆ Mujeres 73.7%,
- ◆ Lugar de trabajo preferente urgencias, 100 (57.1%). 33 (18.9%) medicina extrahospitalaria, 13 (7.4%) UCI, 9 (5.1%) Pediatría y 21 (12%) otros que son básicamente plantas de hospitalización,
- ◆ 16 (9.2%) son miembros de un CEA,
- ◆ 53 (30.3%) tienen más de 20 años de experiencia, 61(34.9%) entre 10 y 20 años, 43 (24.6%) entre 5 y 10 años y 18 (10.3%) con menos de 5 años,

- ◆ El 61.1% (107) realizan RCP de forma frecuente o muy frecuente, que se definió como mínimo una RCP al mes o una cada dos meses. 41 (23.4%) profesionales realizan RCP raramente, lo que se definió como una/dos reanimaciones al año y 27 (15.4%) admiten no realizar nunca o casi nunca RCP,
- ◆ A los profesionales que realizan RCP como parte de su tarea se les pregunta si invitan a los familiares a salir de la escena donde se produce la reanimación, a lo que le 82.6% contestan que sí, y solo un 17.4% ofrecen la posibilidad a los familiares a quedarse, y de estos el 88% (es decir todos menos 2) trabajan en el ámbito de la medicina extrahospitalaria,
- ◆ Los motivos para invitar a los familiares a salir de la escena (en primera o segunda opción) están graficados en la siguiente tabla:

Motivo	1ª opción	2ª opción
Miedo a una demanda por mala praxis	0	0
La familia se puede alterar y esto añadiría stress al equipo de RCP	52 (37%)	32 (22,6%)
La familia no acostumbra a reaccionar de forma calmada en situaciones de crisis	20 (14,3%)	30 (20,5%)
No sabemos cómo puede reaccionar la familia	26 (18,6%)	12 (8,2%)
Pueden interferir de forma negativa en la RCP	20 (14,3%)	18 (12,3%)
Pueden malinterpretar acciones o palabras	14 (10%)	14 (9,6%)
Me produce estrés y podrían inducirme a cometer errores	6 (4,3%)	8 (5,5%)
Otros	37	61

Analizaremos los motivos conjuntamente en la discusión del trabajo.

- ◆ Pregunta: si crees que es un derecho del paciente que su familia esté presente durante la RCP las respuestas fueron: 76 (43.4%), No lo sé, 69 (39.4%), SI y 30 (17.1%) NO,
- ◆ ¿Crees que los familiares aceptarían presenciar la RCP si se lo proponen? Las respuestas fueron: 62% contestaron SI o Posiblemente SI, 31% contestaron NO o Posiblemente NO y 7% contestaron No lo sé,
- ◆ ¿Durante la RCP alguien pregunta a la familia sobre las preferencias del paciente en cuanto si quiere o no ser reanimado? Las respuestas entre los profesionales que si realizan reanimaciones fueron un 48.3% admite preguntarlo siempre o a menudo y el resto 52.6% no hacerlo nunca o raramente,

- ◆ ¿Crees factible poner en marcha un programa de RCP-PF en tu centro de trabajo? Responden un 48% que no lo saben o tienen muchas dudas, 32% de los profesionales están a favor y un 20% en contra,
- ◆ A la pregunta de si participarían en un programa de RCP-PF, 24% dicen que NO, 32.6% No lo saben y un 43.4% dicen que si participarían.

En este colectivo encuestado no existen diferencias significativas en relación al sexo, experiencia profesional, lugar de trabajo y categoría profesional.

En cuanto a las preguntas claves para saber su actitud frente a la RCP-PF que son:

- ◆ ¿Cuál es tu actitud con los familiares durante la RCP?
- ◆ ¿Crees que es un derecho del paciente que su familia esté presente durante la RCP?
- ◆ ¿Crees que los familiares aceptarían presenciar la RCP, si se les propone?

Del conjunto de profesionales que contestaron la encuesta, sólo un 17.4% invitan a los familiares a quedarse durante la RCP con diferencias significativas ($p < 0.005$) en relación a los pediatras y los profesionales que trabajan en la medicina extrahospitalaria, ambos grupos más proclives a dejar a los familiares en la escena.

Del grupo de médicos y enfermeras no existen diferencias significativas en esta pregunta, tampoco existen diferencias por sexo ni por años de experiencia aunque si aparece una tendencia, no significativa, en los de mayor experiencia profesional a permitir la presencia de familiares.

Las diferencias aparecen en los que son miembros del CEA, que aunque son pocos (16 en total) permiten los familiares en un 43.8% de casos con $p = 0.007$. También son significativas las diferencias ($p < 0.005$) entre los que realizan RCP muy a menudo, comparado con los que lo realizan raramente que son más reticentes a la práctica.

A la pregunta si se considera un derecho del paciente, las respuestas del conjunto fueron 39,4% SI, 17.1 % NO y 43.4% No lo sé. También se observan diferencias significativas ($p = 0.003$) en el grupo de pediatras y extrahospitalaria con más respuestas a favor del SI. El grupo que cree que es un derecho del paciente que estén sus familiares presentes son los que de forma significativa ($p < 0.005$) les permiten estar presentes durante la reanimación. En cuanto al colectivo de enfermería hay una tendencia sin llegar a la significación en considerar que es un derecho del paciente y no existen diferencias en cuanto al sexo a los años de experiencia laboral, ni la frecuencia de realización de RCP.

Entre los que consideran un derecho del paciente que sus familiares estén presentes, no aumentan de forma significativa los que salen a preguntar a la familia durante la RCP sobre la voluntad del paciente.

En cuanto a si creen que los familiares aceptarían estar presentes, responden un 62% si o posiblemente si, sin que existan diferencias significativas entre las distintas especialidades encuestadas, en cambio, estas diferencias son significativas ($p=0.004$) entre los que permiten la presencia de familiares. Los profesionales que creen que es un derecho del paciente, creen de forma significativamente mayor que los familiares aceptarían estar presentes. En esta pregunta tampoco existen diferencias en cuanto si es médico o enfermera, en relación al sexo, a los años de experiencia laboral, ni ser o no miembro del CEA. Los que creen que es un derecho del paciente, creen de forma significativa ($p=0.004$) que los familiares aceptarían estar presentes, en cambio no existen diferencias entre los que salen de forma habitual a preguntar por la voluntad del paciente. Estas diferencias se convierten en significativa si sumamos el sí al posiblemente sí.

Cómo se comporta el colectivo ante la posibilidad de instaurar un programa de RCP-PF en su centro de trabajo: del total de profesionales, un 32% ve factible la puesta en marcha de este programa, un 20% no y un 48% no lo sabe. Nuevamente, en esta pregunta se ven las diferencias significativas ($p<0.005$) en colectivo de pediatría y extrahospitalaria. Sin embargo, a la hora de preguntar por la intención de colaborar en el programa, si se instaura, un 43.4% de los profesionales están a favor, un 24% en contra y 32.6% no lo saben, sin diferencias significativas en cuanto a sus lugares de trabajo. En este ítem tampoco hay diferencias entre médicos y enfermeras, sexo y años de experiencia.

Analizamos si existían diferencias en las dos últimas preguntas entre el Centro de Tarragona y el de Madrid y salió una $p=0.002$ con los profesionales de Tarragona, que ven factible la puesta en marcha de un programa de este tipo en su centro y de los que están dispuestos a colaborar con el programa con un 52.3% a favor, versus un 29.4% a favor en el hospital de Madrid, aunque en ambos hospitales el colectivo que contesta No lo sé a ambas preguntas es importante. Estas diferencias, además de tener connotaciones culturales, pueden ser debidas a que el grupo de profesionales de pediatría y extrahospitalaria están todos en Tarragona.

6. Discusión

En nuestro trabajo, al igual que los otros de la literatura, observamos la reticencias del personal sanitario en general a la RCP-PF, solo un 17.4% ofrecen esta posibilidad a los familiares. A pesar de que nos encontramos con un grupo de profesionales con alto nivel de experiencia (la mayoría

con más de 10 años y que más del 60% realizan RCP de forma habitual), el porcentaje está incluso por debajo de los trabajos, no solo anglosajones o franceses, sino también los hispano-hablantes²¹ que lo ofrecen al 20%. También al igual que en la literatura, encontramos menos reticencias en los profesionales de las urgencias extrahospitalarias y los pediatras comparados con los que ejercen la medicina hospitalaria con pacientes adultos.

Tal como en la mayoría de los trabajos presentados, las causas primordiales de la no presencia de familiares, es el miedo al supuesto efecto negativo sobre las familias que puede ocasionar presenciarse de la RCP, y en segundo lugar, la posibilidad de que pueda interferir en la práctica de dicha RCP. La literatura ha demostrado ampliamente que no es así, pero no podemos suponer que los profesionales que han contestado la encuesta estén al corriente de dichos trabajos. Cerca del 50% de respuestas que nos dicen que no saben si es un derecho del paciente, nos hace pensar que no es un tema sobre el que se hayan documentado. De hecho, y es esta una percepción personal, encontré cierta reacción de sorpresa cuando propuse el tema de encuesta a algunos de los responsables de los servicios y ahora, a posteriori, creo que una pregunta que explorara los conocimientos teóricos sobre este tema habría aportado cierta luz.

¿Podemos considerar un derecho del paciente que sus familiares estén presentes en la reanimación? Los profesionales, claramente, no lo saben; las políticas de la mayoría de los hospitales no lo contemplan y las leyes de final de vida¹⁷⁻¹⁹ tampoco son claras en ese objetivo. Aunque la mayoría de profesionales del presente trabajo no parece que tengan miedo a litigios (a diferencia de otros^{14,16,19,20}), sabemos que la interpretación de abogados y jueces de una misma ley puede ser diferente. Lo mismo nos puede pasar con las voluntades anticipadas, que aunque claramente apoyadas por las leyes, pueden ser poco claras y de difícil interpretación en algunos casos.

A mi entender, la familia tiene derecho a estar presente durante la reanimación, porque son la extensión directa del paciente. Un derecho *prima facie*, estar presente en el momento de la muerte, que solo puede ser restringido por los profesionales, si son capaces de argumentarlo. De lo contrario tenemos un conflicto de intereses, los del paciente, representados por los familiares y los de los profesionales, que creen que están haciendo lo mejor para el paciente y nos preguntamos ¿cuáles deben prevalecer? Si la familia es una extensión directa del paciente, deben prevalecer sus intereses, por lo tanto la obligación *prima facie* de los profesionales es no excluir a los familiares de la reanimación, de lo contrario estarían violando sus derechos. Como muchos derechos, este también tiene excepciones: sería el caso en que el paciente decide esconder su enfermedad a la familia. En este caso sería prudente no invitar a la familia a presenciarse al RCP.

Si seguimos analizando los resultados, 39,4% de los encuestados creen que es un derecho de los familiares estar presentes en la reanimación y 62% creen que dichos familiares aceptarían

si se lo proponemos. ¿Qué es lo que les lleva a no proponerlo? Tal vez la costumbre, tal vez ocurre que en situaciones críticas, la medicina sigue manteniendo las actitudes paternalistas de antaño. Siguen, en estas situaciones límites, prevaleciendo las opiniones y las actitudes morales de los profesionales. Se puede considerar una actitud paternalista cuando los profesionales no permiten la presencia de familiares en la RCP y por tanto rechazan la posibilidad de aportar los valores y creencias del paciente en el momento final de su vida, pero no debemos olvidar que la falta de políticas institucionales permiten que el médico (solo o en equipo) tome decisiones regidas por su propio conjunto de valores, y por la tanto, éticamente subóptimas⁴². Es fácil entender que durante la reanimación no es el momento apropiado para discutir la presencia o exclusión de los miembros de una familia concreta, son los hospitales quienes deben propiciar políticas para permitir la presencia de las familias durante la RCP como forma de garantizar la atención centrada en el paciente y su familia, que es lo que se considera el paradigma de la buena práctica clínica.^{43,45}

Las diferencias existentes entre pediatras y médicos de adultos son evidentes en los distintos trabajos. La presencia de los padres en los procedimientos invasivos es aceptada por la mayoría de pediatras y padres. Martínez⁴⁴ en el Hospital 12 de Octubre, explica que 76% de los profesionales presentes en las técnicas invasivas realizadas (no RCP) consideró que la presencia de los padres había beneficiado al paciente, e incluso cuando se trataba de residentes con poca experiencia quienes realizaban la técnica. Por otra parte el grado de satisfacción de los padres fue 9,5/10. Esta actitud delante de situaciones difíciles de los pediatras es la que propicia su mayor aceptación de la RCP-PF ⁴⁶⁻⁴⁸ ya que el 60-70% de los pediatras y enfermeras pediátricas están a favor de la presencia de los familiares en las reanimaciones, o incluso en la resucitación de pacientes traumáticos.

Los argumentos más frecuentemente esgrimidos por los profesionales para no permitir la RCP-PF son la alteración que puede ocasionar a los familiares y la posibilidad de afectar negativamente el curso de la reanimación, a pesar de que la literatura revisada nos demuestra lo contrario. Esta actitud, observada en profesionales que tratan a adultos, difiere de los pediatras, a pesar de que cuando uno se imagina unos familiares proclives a la intervención durante la RCP, estos serían los padres de los niños, por lo tanto, este argumento pierde peso por sí mismo.

La mayoría de los estudios revisados en el presente trabajo, sobre todo los publicados en revistas de enfermería, reflejan que las enfermeras están más a favor que los médicos en la RCP-PF, cosa que no hemos encontrado en nuestra encuesta, como tampoco se encontró en el trabajo de Perez⁴² en el hospital Princesa de Madrid. Los profesionales de enfermería² trabajan siempre más cerca de las emociones de pacientes y familiares, y se otorgan un papel de abogados del paciente.

No aparecen en el presente trabajo, a diferencia de otros, respuestas referentes al miedo a demandas por parte de las familias debidas a una mala interpretación de las decisiones que se tomen durante la RCP, probablemente por la bajo nivel de litigios en nuestro país. No suele ser la opción que más preocupa a los profesionales, pero sí se refleja en la literatura el miedo a se haga responsable al equipo de RCP o la institución de malos resultados de la reanimación.⁴⁹

Habría que hacer un apartado para hablar de la formación de los profesionales en comunicación. y concretamente en acompañamiento a los familiares en la RCP. En la encuesta. vemos que al menos un tercio de las respuestas son profesionales que están de acuerdo en la puesta en marcha en su centro de un programa de RCP-PF y cerca de la mitad estarían dispuestos a colaborar, por lo que manifiesta un mayor interés del que esperaríamos con las primeras respuestas. No hemos preguntado específicamente por la formación, pero es una realidad que en los trabajos que se habla de familiares insatisfechos⁵⁰ tras haber presenciado una reanimación, hacen más referencia a la falta de interacción con los profesionales, que al efecto causado por el escenario en sí mismo, y que los hospitales con programas de éxito⁹ tienen la figura de un acompañante de los familiares en la escena. La presencia de un equipo multidisciplinar con una persona formada específicamente⁵¹ para el acompañamiento de los familiares, es muy bien aceptado por los profesionales e incluso los que participan en este tipo de formación han llegado a manifestar la intención de estar presentes en la reanimación de un familiar propio.

¿Por qué proponemos en la encuesta la posibilidad de un programan de RCP-PF? A pesar de que este tema ha sido controvertido durante años, parece que existe ahora una tendencia al cuidado centrado en las familias, con proyectos como el Humanizar los Cuidados intensivos⁵² o Humanizar las urgencias hospitalarias⁵³. Cuando se han implementado este tipo de políticas de cuidados centrados en las familias, los estrictos regímenes de visitas de las UCIs se han relajado y se ha permitido a los familiares participar en los cuidados de los pacientes. De esto modo el *Institute of Patients and Family Centered Care*⁵⁴ nos dice que el cuidado centrado en el paciente y la familia permite planificar, proporcionar y evaluar unos cuidados que benefician de forma mutua a profesionales, pacientes y familiares. De todas formas, es fácil entender que el debate no es sencillo, y no dudamos que los profesionales necesitan educación, puesto que en el estudio francés de Jabre et al¹⁶ se admite que los participantes recibieron formación para guiar emocionalmente a los familiares en la escena. Si alguien quiere poner en marcha un programa de este tipo debe estar preparado para dar una información clara y entendible y para saber cómo manejar las reacciones y emociones de los familiares.⁵⁴

Muchos familiares, al menos en el ámbito anglosajón, creen que es un derecho estar presentes durante la RCP y agradecen que al menos se les dé la oportunidad, aunque no la acepten.

Sin embargo, debemos tener en cuenta las connotaciones socio-culturales y es probable que este deseo no sea compartido en ámbitos culturalmente distintos.

En el fondo de la cuestión está la pregunta de ¿quién debe decidir⁶, en circunstancias tan difíciles como es una RCP? La respuesta no es única ni fácil. En el modelo que prima la autonomía, presenta el problema que no tenemos suficientes voluntades anticipadas y los familiares están en una situación que puedan confundir sus propios valores y creencias con los del paciente, añadiendo un estrés tal vez desproporcionado a la toma de decisiones. En el modelo del mejor interés del paciente, es difícil pensar cómo los profesionales que no conocen a ese paciente pueden discernir su mejor interés. En el mejor modelo de toma de decisiones por sustitución, en que los profesionales deben acercarse a los familiares, preguntar y tomar decisiones de forma conjunta, es donde profesionales y familiares consienten, sería adecuado estar presentes en la reanimación para tener los datos que de forma objetiva ayudaría a colaborar en la toma de decisiones.

En resumen, de la encuesta se obtiene un resultado parecido al de los trabajos de la literatura, en cuanto al rechazo de la RCP-PF por parte de los profesionales y los mismos motivos de rechazo, pero es esperanzador el hecho de que los profesionales estarían interesados en participar en un programa como el propuesto, aunque queda claro que no puede hacerse sin preparación de los equipos de RCP y sin una persona de soporte a los familiares. Esta persona debería estar correctamente formada para esta tarea.

7. Conclusiones

El interés en este tema involucra a investigadores de países en los cinco continentes, lo que permite introducir diferentes puntos de vista sobre el mismo fenómeno, considerando matices culturales, económicos y sociales que hacen diferente su interpretación en las distintas partes del mundo. Esto a su vez, puede ayudar a desarrollar pautas internacionales que ayuden a formular políticas institucionales permisivas con presencia familiar en la RCP.

Las valoraciones positivas surgen por parte de los familiares, que parece que ven en su presencia un apoyo emocional y una forma de, si no reducir, al menos controlar, los miedos e inseguridades que les produce la situación, proporcionándoles una mejor comprensión de los cuidados dispensados y una mejor aceptación del dolor. La percepción negativa es la aportada por los profesionales que quieren proteger a familiares y pacientes. Están preocupados que éstos puedan sentirse incómodos e incluso traumatizados al presenciar dichos procedimientos, pudiendo además tener repercusiones directas en las intervenciones del equipo haciendo que la actuación sobre el paciente se vea afectada negativamente.

Por lo tanto deberíamos ser conscientes que la presencia de los familiares que la RCP-PF puede ser una opción, pero no una obligación, que precisamos de profesionales educados para afrontar estas circunstancias que sepan atender a las familias y que ellos mismos se sientan cómodos, y finalmente que el sistema de emergencias debería tener un sistema o persona de enlace con las familias, a la vez que otros profesionales se ocuparan de la reanimación.

Los resultados del presente trabajo están en línea de lo anterior.

- ◆ Los profesionales no suelen ofrecer la posibilidad a los familiares de estar presentes en la RCP porque temen que esto les pueda afectar
- ◆ Los profesionales están relativamente interesados en un programa de RCP-PF
- ◆ Si se les comenta, al menos la mitad estarían interesados en participar

Como dicen Kopelman⁵⁵ este debate con fuertes connotaciones emocionales necesita más estudios, pero como pasó con la presencia de los padres en el parto de sus hijos, los beneficios eran evidentes, pero su implementación no fue inmediata. Con educación y experiencia se dio permiso a los padres. También ahora debemos todos colaborar con una mayor participación de los familiares en la toma de decisiones y el cuidado de un ser querido, también en un ámbito como la reanimación.

Agradecimientos

A la Dra. Montse Olona de Joan XXIII por su apoyo metodológico. Dr. Rodolfo Romero de Getafe por su ayuda en la encuesta.

Bibliografía

- (1) Daya MR et al. Out-of-hospital cardiac arrest survival improving over time: Results from the Resuscitation Outcomes Consortium (ROC). *Resuscitation* 2015; 91:108-115.
- (2) Oczkowski SJW et al. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J* 2015;22:201-5.
- (3) Vicent C et al. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from pediatrics to adults. *J med Ethics* 2017;43: 676-78.

- (4) Mentzelopoulos SD et al. Evolution of medical ethics in resuscitation and end of life. *Curr Anaest Crit Care* 2016;10: 7-14.
- (5) Oczkowski SJW et al. The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Journal Intens Care* 2015;3:341-52.
- (6) Lederman J. Who should decide? *J Med Ethics* 2014;400:315-19.
- (7) Mentzelopoulos SD et al. A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries. *Resuscitation* 2016;100:11-17.
- (8) European Resuscitation Council guidelines 2015. *Resuscitation* 2015;95:302-311.
- (9) Doyle C et al. Family participation during resuscitation: an option *Ann Emerg Med* 1987;16:673-5.
- (10) Araujo C, Ferreira G et al. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. *Rev Latino-Am Enfermagem* DOI: 10.1590/1518-8345.2368.3046.
- (11) Vicent C, Lederman Z. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from pediatrics to adults. *J Med Ethics* 2017;43:676-678.
- (12) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7. th Ed New York: Oxford University Press; 2013.
- (13) Brasel K, Entwistle J, Sade R. Should family presence be allowed during cardiopulmonary resuscitation? *Ann Tor Surgery* 2016;102:1438-1433.
- (14) Porter J. Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative descriptive study exploring the experiences of emergency personnel post resuscitation. *Heart & Lung* 2019; 48:268-277.
- (15) Mentzelopoulos S, Slowther A, Sandroni C et al. Ethical challenge in resuscitation. *Intensive Care Med*. Doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0.
- (16) Traylor M. Should family be permitted in trauma bay? *AMA J Ethics* 2018;20:455-463.
- (17) Jabre P et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Eng J Med* 2013;368:1008-18.
- (18) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- (19) Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Catalunya.

- (20) Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía.
- (21) Colbert J. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. Polling results N Engl J Med 2013; 368 e38.
- (22) Enriquez D et al. Relatives presence during cardiopulmonary resuscitation. doi.org/10.1016/j.gheart.2016.01.007.
- (23) Tiscar V, Gasataldo D, Moreno T et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. Aten Primaria 2019;51:269-277.
- (24) Oczkowski S, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud A. The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. J Int Care 2015;3:41-52.
- (25) Goldberger Z, Nallamothe B, Nichol G, Paul S. et al. for the American Heart Association's Get With the Guidelines-Resuscitation Investigators Policies Allowing Family Presence During Resuscitation and Patterns of Care During In-Hospital Cardiac Arrest. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2015;8:226-34.
- (26) Fein JA, Ganesh J, Alpern ER. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. Pediatr Emerg Care 2004;20:224-7.
- (27) Lederman Z, Wacht O. Family Presence During Resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff. Yale J Biol Med 2014;87:63-72.
- (28) Halm M. Family presence during resuscitation: a critical review of the literature. Am J Crit care 2005;14:494-512.
- (29) Powers k, Candela L. Family presence during resuscitation: impact on online learning on nurses' perception and self-confidence. Am J Crit Care 2016;25:302-308.
- (30) Firn J, DreVies K, Morano D, Spano-English T. Social Woekers' experiences as the family support person during cardioplumlmonary resuscitation attempts. Soc Work Health Care. Doi.org/10.1080/00981389.2017.1292986.
- (31) Jabre P, Tazaroute K, Azouley E et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1 year assessment. Intensive Care Med 2014;40:981-987.
- (32) Vanhoy A, Horigan A, Wolf L, Delao A, Gates L. Clinical practice guideline: Family presence during invasive procedures and resuscitation. ENA Emergency Nurses Association. J Emerg Nurs 2019;45:P76-E1-76.E29.

- (33) Smith S et al. Family presence during resuscitation and invasive procedures I pediatric critical care: a systematic review AJCC 2014;23.
- (34) O’Connell K, Fritzeen J, Guzzetta C, Clark A, et al. Family presence during trauma resuscitatin: family members attitudes, behaviors and exeriences. AJCC 2017;26:229-234.
- (35) Benjamin A, et al. Personal preferences regarding family member presence during resuscitation . Acad Emerg Med 2004;11.
- (36) Robinson S, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson G., Egleston C, Prevost A. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet, 1998; 352: 614–617.
- (37) Albarran J et al. Family witnessed resuscitation: the views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients. Resuscitation 2009;80:1070-73.
- (38) Chapman R, Watkins R. Bushby A, Combs S. Assessing health professionals’ perceptions of family presence during resuscitation: A replication study. Int Emerg Nurs 2011; 2:17–25.
- (39) Dwyer T, Friel D. Inviting family to be present during cardiopulmonary resuscitation: Impact of education. Nurse Educ Pract 2016;16:274–279.
- (40) Ferrara G, Ramponi D, Cline T. Evaluation of physicians’ and nurses’ knowledge, attitudes, and compliance with family presence during resuscitation in emergency department setting after an educational intervention. Advan Emerg Nurs J 2016; 3832–42.
- (41) European Resuscitation Council Guidelines 2010. Circulation 2010;22: S666-675.
- (42) Perez A. How do healthcare providers feel about family presence during cardiopulmonary resuscitation? J Clin Eth 2017.
- (43) Laskowski-Jones L. Shoukd family be present during resuscitation? Nursing 2007;37:44-47.
- (44) Martinez C, cordero C, Palacios A, Blazquez D, Marin M. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. An Pediatr 2012;77:28-36.
- (45) Howe E. Going from what is, to what should be, to care better for our patients and families. J Clin Ethics 2017; 28:85-96.
- (46) Jarvis A. Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a pediatric intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs 1998;14:3–7.
- (47) Fein JA, Ganesh J, Alpern ER. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. Pediatr Emerg Care 2004;20:224–7.

- (48) Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, et al. Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *J Emerg Nurs* 2006;32:225–33.
- (49) Da Silva M, Peruzzo H, Garcia C, Silava S. Family presence during cardiopulmonary resuscitations and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* 2019;53:e03435.
- (50) Youngson MJ, Currey J, Considine J. Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *J Clin Nurs*. 2017;26:3624-35.
- (51) Mureau-Haines RM, Boes Rosy M, Casperson C, et al. Family support during resuscitation: a quality improvement initiative. *Crit Care Nurse* 2017;37:14-23.
- (52) <https://proyectohuci.com/es/inicio/>.
- (53) Ortega a, Garcia J, Rodriguez Y, et al. Humanización en atención urgente, ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia?. *Emergencias* 2004;16:12-16.
- (54) <https://www.ipfcc.org>.
- (55) Kentish-BarnesN, Davidson j, Cox C. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: an opportunity for meaning-making in bereavement. *Intens Care Med* 2014;40:1954-56.
- (56) Kopelman MB et al. Changing times, changing opinions: History informing the family presence debate. *Acad Emerg Med* 2005;12:999-1001.

Fecha de recepción: 6 de febrero de 2021

Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2021