

Martha Geovanna Puente Alcívar

**PERSPECTIVA DE FAMILIARES Y PROFESIONALES
DE LA SALUD SOBRE LA PRESENCIA FAMILIAR
DURANTE UNA RCP**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO DE ENFERMERÍA

DIRIGIDO POR: DRA ESTRELLA MARTÍNEZ SEGURA



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TORTOSA

2019/2020

Agradecimientos:

A Estrella Martínez, por su paciencia, apoyo y dedicación durante todo este proceso.

A mi familia y Alfonsinas por su apoyo incondicional y ayuda constante.

Aussi bien à Arnaud Gallon, merci de m'avoir aidée avec mon français, des fois, si catastrophique.

RESUMEN

Introducción: La parada cardiorrespiratoria es la urgencia vital por excelencia a la que se encuentra expuesto un individuo y un importante problema de salud pública de difícil abordaje si no se conoce correctamente la técnica de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) para revertir la parada cardiaca. Según las últimas recomendaciones de la American Heart Association (AHA) y el European Resuscitation Council (ERC), se cree que permitir la presencia de los familiares (PF) durante las maniobras de RCP puede beneficiar de manera positiva tanto al equipo asistencial como al paciente y familia.

Metodología: Se trata de una revisión sistemática cuyo objetivo es analizar la perspectiva ante una RCP presenciada, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios como de los familiares. Se ha realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scopus, Scielo y el buscador Google Académico.

Resultados: Se han seleccionado y analizado 15 artículos de naturaleza cuantitativa, cualitativa y enfoque mixto. La gran mayoría de los artículos analizados comparten la percepción de los riesgos y beneficios que aporta la práctica de la presencia familiar durante una RCP (PFDRCP), la cual varía ampliamente entre familiares y profesionales sanitarios, considerándolos así, como temas principales.

Conclusiones: A pesar de que actualmente la mayoría de los profesionales sanitarios y familiares no apoya la PFDRCP, es necesario que se establezca una política humanística a nivel mundial que reconozca el derecho a la PF, con el fin de proporcionar cuidados holísticos que respeten los principios bioéticos del paciente, dada las importantes evidencias científicas positivas que puede ofrecer la PFDRCP para pacientes y familiares. Así mismo, se abren nuevas líneas de investigación, dado que es importante la realización y análisis de estudios con un enfoque cualitativo para comprender la variedad de percepciones y conocer los motivos de las discrepancias sobre el tema, las cuales están basadas en una evidencia que respalda la PFDRCP pero que no es apoyada actualmente.

Palabras claves: Parada cardiorrespiratoria, reanimación cardiopulmonar, sanitario, familia, opinión, presencia familiar.

RÉSUMÉ

Présentation: L'arrêt cardiorespiratoire est l'urgence vitale par excellence à laquelle est exposé un individu et un important problème de santé publique difficile à aborder si l'on ne connaît pas correctement la technique de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) pour inverser l'arrêt cardiaque. Selon les dernières recommandations de l'American Heart Association (AHA) et de l'European Resuscitation Council (ERC), il semble que permettre la présence familiale (PF) pendant les manœuvres de RCP puisse être autant bénéfique de manière positive pour l'équipe d'assistance qu'au patient et famille.

Méthodologie: Il s'agit d'une revue systématique dont l'objectif est d'analyser la perspective face à une RCP témoinnée, du point de vue des professionnels de santé et des familles. La recherche bibliographique a été effectuée dans les bases de données Pubmed, Scopus, Scielo et le moteur de recherche Google Academic.

Résultats: Quinze articles de nature quantitative, qualitative et mixte ont été sélectionnés et analysés. La grande majorité des articles analysés partagent la perception des risques et des avantages de la pratique de la présence familiale pendant la RCP (PFPRCP), qui varie largement entre les membres de la famille et les professionnels de santé, les considérant ainsi comme des thèmes principaux.

Conclusions: Bien que la plupart des professionnels de la santé et des familles ne la soutiennent pas actuellement, il est nécessaire de mettre en place une politique humaniste mondiale reconnaissant le droit à la PF, afin de fournir des soins holistiques qui respectent les principes bioéthiques du patient, compte tenu des importantes preuves scientifiques positives que la PFPRCP peut offrir aux patients et aux familles. De même, des nouveaux domaines de recherche s'ouvrent, car il est important de réaliser et d'analyser des études selon une approche qualitative pour comprendre la variété des perceptions et connaître les raisons des divergences sur le sujet, qui sont basées sur une preuve qui soutient la présence familiale mais qui n'est pas actuellement soutenue.

Mots clés: Arrêt cardiorespiratoire, réanimation cardio-pulmonaire, professionnel de santé, famille, opinion, présence familiale.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág 8-10
1.1. Justificación	Pág 11-12
2. MARCO CONCEPTUAL	Pág 12-21
2.1 Parada Cardiorrespiratoria	Pág 12
2.2 Historia del RCP	Pág 13-15
2.3 Formación profesional. Soporte vital (básico y avanzado).....	Pág 15-18
2.4 PCR. Medio Hospitalario y Extrahospitalario	Pág 18-19
5.5 RCP presenciada	Pág 19-21
3. OBJETIVOS.....	Pág 21
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
4. METODOLOGÍA.....	Pág 21-25
5. RESULTADOS	Pág 26-33
6. DISCUSIÓN.....	Pág 34-36
7. CONCLUSIÓN	Pág 37-38
8. LIMITACIÓN Y LÍNEAS FUTURAS DEL ESTUDIO	Pág 38-39
9. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.....	Pág 39
10. BIBLIOGRAFÍA	Pág 40-45
11. ANEXOS	Pág 45-48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Palabras clave

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión seleccionados.

Tabla 3. Número, palabras clave y resultados obtenidos tras la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos.

Tabla 4: Revisión de los artículos recuperados con la lista *CASPe* para estudios cualitativos.

Tabla 5. Revisión de los artículos recuperados con la lista “Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de *SIGN*” para estudios cuantitativos.

Tabla 6. Revisión de los artículos recuperados con la lista para evaluar los artículos de investigación cuantitativa (EC)

Tabla 7. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos cuantitativos seleccionados.

Tabla 8. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos cualitativos seleccionados.

Tabla 9. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos con enfoque mixto seleccionados.

ÍNDICE DE GRÁFICAS/FIGURAS

Gráfico 1: Naturaleza de los estudios seleccionados.

Figura 1. Diagrama PRISMA de selección de artículos científicos.

LISTADO DE ABREVIACIONES

PCR: Parada Cardiorrespiratoria

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

ERC: European Resuscitation Council

PFDRCP: Presencia familiar durante la RCP

ABC: A (Control de la vía aérea), B (Respiración), C (Compresiones)

FV: Fibrilación Ventricular

DEF: D (Líquidos y drogas vasoactivas,) E (ECG), F (Tratamiento de la fibrilación ventricular).

ECG: Electrocardiograma

AHA: American Heart Association

ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation

SV: Soporte Vital

SVB: Soporte Vital Básico

SVA: Soporte Vital Avanzado

TVSP: Taquicardia Ventricular Sin Pulso

DEA: Desfibrilador Externo Automatizado

PCR IH: Parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria

PCR EH: Parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria

PF: Presencia familiar

1. INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es un suceso frecuente tanto en el medio intra como extrahospitalario, siendo la principal causa de muerte en el mundo¹.

Respondiendo a múltiples etiologías, principalmente cardíaca en el adulto, ocasiona la muerte de entre 15000 y 25.000 pacientes anualmente en España, cerca de 400.000 muertes en la Unión Europea, es decir, suponen alrededor del 40% del total de muertes en menores de 75 años, cifra similar en Estados Unidos¹.

Se calcula que anualmente en España tienen lugar más de 24.500 paradas cardíacas, representando una media de parada cada 20 min, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes automovilísticos^{2,3}.

Estas cifras ponen en evidencia un importante problema de salud pública de difícil abordaje si no se conoce correctamente la técnica para revertir una parada cardíaca, siendo ésta la resucitación cardiopulmonar (RCP), que consiste en una serie de compresiones torácicas de calidad combinadas con respiraciones de rescate y desfibrilación eléctrica precoz administrada por los profesionales sanitarios o testigos presenciales¹. De forma general, iniciar RCP por testigos antes de la llegada de los servicios de emergencia se asocia con un aumento de dos a tres veces la supervivencia a corto plazo, obteniendo una recuperación de la circulación espontánea en el 28,6% de los casos que se producen en Europa, aunque hay diferencias considerables entre países, llegando al 33% en el caso español⁴.

El primer eslabón de la cadena de prevención de la PCR en el medio intrahospitalario es la formación continuada de la técnica del personal sanitario, ya que gracias a la adquisición de conocimientos sobre la técnica se verifica una disminución del número de PCR, se evita que se produzcan dichos procesos, y la rapidez de activación de los equipos de respuesta a la hora de atender a los pacientes que puedan sufrirla ocasiona una mejoría en el proceso. Así mismo, el tipo de formación de los profesionales irá ligado a la actividad que realice de forma habitual a través de la formación con cursos de soporte vital, incluyendo tanto habilidades técnicas como no técnicas como lo son el

liderazgo, la comunicación y el trabajo en equipo para una adecuada actuación por todos los miembros del equipo asistencial, mejorando así las competencias de éstos⁵.

Con respecto a la sociedad, se recomienda que todos los ciudadanos sean entrenados en RCP ya que se reduce hasta en un 10%, por cada minuto que no se realicen la técnica, las posibilidades supervivencia ante una PCR extrahospitalaria, por lo tanto, la educación de toda la población es la mejor opción para incrementar la supervivencia, debido a que un gran número de sucesos se origina en el domicilio, siendo el grupo de riesgo las personas mayores de 60 años. Es por esto, que se recalca la importancia de impartir cursos o formación en RCP en escuelas, universidades, autoescuelas, ya que serán los jóvenes los que transmitan los conocimientos adquiridos al hogar⁵.

Actualmente, organizaciones internacionales como el European Resuscitation Council consideran que la presencia familiar durante las maniobras de RCP (PFDRCP) es un derecho que no se debería violar sino impulsar, ya que mejora la toma de decisiones con respecto a la persona que se encuentra en parada, gracias a la unión creada entre la familia y el equipo asistencial. A pesar de que existen beneficios de esta práctica según numerosas investigaciones y estudios, actualmente los profesionales aún muestran una cierta incredulidad de su puesta en práctica⁶.

Este tipo de eventos requiere que los profesionales sanitarios tengan una gran habilidad para evitar o reducir en mayor medida los daños asociados de la RCP y para disminuir el impacto emocional que ésta tiene en los familiares.

Por un lado existen varios estudios que muestran un cierto rechazo por parte de los profesionales sanitarios ante la PFRCP, limitando la presencia debido al posible efecto de ansiedad que puede producir la situación tanto en el personal sanitario como en los familiares, ya que por una parte el personal se puede sentir observado ante la mirada exhaustiva de la familia que no tiene los conocimientos idóneos y pueden malinterpretar los procedimientos que se están realizando, lo cual va acompañado al miedo a las reclamaciones, y por otro lado las consecuencias psicológicas que pueden generarse en los familiares⁴.

Por otro lado, algunos personales sanitarios contemplan la presencia familiar en una RCP como una ocasión para facilitar apoyo emocional, espiritual y orientación a los familiares de los pacientes, lo que incrementa la comprensión de la situación, favorece la toma de decisiones acerca de la reanimación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo^{4,6}.

En relación con la sociedad, vivir un momento como éste puede provocar traumas psicológicos o proporcionar una cierta seguridad por parte de los profesionales, ya que éstos pueden transmitir un buen control de la situación al trabajar en equipo y sintonía y proporcionarles seguridad, lo cual es de gran ayuda a la hora de gestionar las emociones^{4,6}.

Por esto, el objetivo principal de esta revisión sistemática es analizar la perspectiva ante una RCP presenciada desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, principalmente el personal de enfermería, así como de los familiares, las diferentes opiniones y sentimientos contradictorios que se generan dependiendo del punto de vista, así como de la evidente importancia que tiene la humanización de la RCP en la actuación de enfermería a nivel emocional.

- 1.1. JUSTIFICACIÓ

Como se ha definido anteriormente, la PCR es la urgencia vital por excelencia a la que está expuesta un individuo que cursa con una interrupción brusca, repentina y potencialmente reversible de la respiración y la circulación, siendo la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales, ocasionando la muerte de entre 15000 y 25.000 pacientes al año en nuestro país, cerca de 400.000 muertes en la Unión Europea y una cifra similar en Estados Unidos. Estas cifras ponen en evidencia un importante problema de salud pública de difícil abordaje si no se conoce correctamente la técnica de RCP para revertir la parada cardíaca¹.

La prevención resulta poco accesible ya que puede afectar a pacientes prácticamente sanos, enfermos o ser un suceso repentino e inesperado, por lo que conocer el correcto procedimiento y la actuación precoz por parte del equipo sanitario y la población en general podría ayudar mejorar los resultados finales de supervivencia y capacidad de recuperación de los pacientes, ya que podrían padecer secuelas neurológicas después de sufrir una PCR a pesar de un tiempo de actuación mínimo. Es por ello, que la participación del personal de enfermería en las maniobras de RCP es indiscutible, ya que son éstos los que tienen el papel inicial en este tipo de situaciones de emergencia¹³.

Por consiguiente y como se ha mencionado anteriormente, el principal interés del presente trabajo es analizar la perspectiva ante una RCP presenciada, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, enfermería en cuestión, como de los familiares, donde se cuestiona como pregunta PICO:

Si la RCP presenciada es más beneficiosa para los familiares y profesionales sanitarios que la RCP no presenciada.

P: Profesionales sanitarios y familia

I: RCP presenciada

C: RCP no presenciada

O: Es más beneficiosa

Además, se quiere recalcar la importancia de la actuación de enfermería en la PCR y el correspondiente proceso de humanización durante una RCP presenciada, ya que la enfermería tiene un rol muy importante y crucial a la hora de atender a los pacientes y familiares que se encuentran en esta situación crucial.

Según la literatura la presencia familiar durante una RCP genera beneficios significativos a la hora de gestionar las emociones y humanizar los cuidados. El personal de enfermería, pieza clave dentro del proceso de humanización, debe contribuir al desarrollo de comportamientos más humanos y prácticas más humanizadas que beneficien tanto a los pacientes y familiares como a los propios profesionales. La promoción de los cuidados basados en la humanización hace que el equipo de enfermería crezca junto al usuario y su familia, se identifiquen con ellos, otorgándoles así cuidados holísticos centrados en la persona. Y como dice Tolle: *"hay que tener claro que nuestro presente es el único tiempo real, debemos vivirlo", sin dejar de lado nuestro centro: la persona humana"*.

2. MARCO CONCEPTUAL

- 2.1 Parada Cardiorrespiratoria.

La parada cardiorrespiratoria se define como el cese de la actividad mecánica cardíaca debido al colapso de la perfusión tisular, provocando deterioros en órganos vitales, como el corazón y el cerebro. Se identifica con la falta de conciencia, pulso y respiración, y que de mantenerse durante varios minutos conduce irreversiblemente a la muerte biológica³³.

El conjunto de medidas secuenciales aplicadas a revertir este estado se conoce como Reanimación Cardiopulmonar (RCP), sustituyendo primero, para restaurar después, la respiración y circulación espontánea garantizando una oxigenación tisular suficiente, con el objetivo de evitar la muerte por lesión irreversible de órganos vitales. Esta técnica consiste en una serie de compresiones torácicas de calidad combinadas con respiraciones de rescate y desfibrilación eléctrica precoz administrada por los profesionales sanitarios o testigos presenciales⁷.

- 2.2 Historia de la RCP

Es complicado identificar cuando comenzaron las primeras acciones para revertir el paro cardiaco. Sin embargo, los primeros indicios sobre la reanimación están descritas en la Biblia y data del año 600 a.C. donde se pensaba que cuando el espíritu entraba al cuerpo, que significaba la vida, este mismo espíritu podía ser dado por otra persona al tratar de volver a dar la vida, es decir al reanimar a alguien que se estaba muriendo⁹.

Las distintas sociedades antiguas ya realizaban rituales, a través de los cuales esperaban devolver la vida a aquellas personas que la habían perdido, tales como colgar de los pies a la persona, estirar de la lengua o del ano del moribundo, rodar un barril sobre su abdomen, atar al paciente boca abajo sobre un caballo al trote para inducir la entrada y salida del aire y conseguir reanimarlo⁷.

En la cultura China tenían la creencia de devolver la vida si introducían en baños de aceite caliente a las personas que estaban muriendo. En cambio, en la cultura indígena, colocaban estiércol fresco sobre el pecho del fallecido con la esperanza de retener la vida de la persona o insuflaban humo de tabaco a través de las vías respiratorias de la víctima. Respecto a la cultura egipcia, los sacerdotes practicaban la respiración boca a boca que consistía en ‘‘hacer pasar el soplo de la vida’’, siendo ésta olvidada durante siglos^{7,9}.

Estas técnicas, aunque poco efectivas, nos llevan hoy en día a un desarrollo moderno de la RCP basadas en el descubrimiento de la anestesia general en 1846, donde se utilizaba el éter sulfúrico y el cloroformo como anestésicos. Para contrarrestar las complicaciones de esta anestesia inhalada, se realizaba la ventilación artificial a través de compresiones torácicas. Pero ésta no fue posible hasta la llegada de las máquinas para la aplicación de anestésicos inhalados; primero con fuelles y después con bolsas de plástico que contenían mezclas de gases que años más tardes fueron retirados por provocar barotraumas pulmonares exagerados, por lo que volvieron a sustituirlas por compresiones torácicas en posición supina (método de Hall)^{7,8,9}.

Otros métodos prevalecieron hasta la década de 1950 tales como la técnica de compresión torácica en decúbito supino introducida en 1861, con los brazos levantados

(método de Silvester), el método de compresiones torácicas con el paciente en decúbito prono (método de Schafer), el método de compresiones en prono con los brazos levantados (método de Holger-Nielsen)^{7,8,9}.

En cuanto a la ventilación y vía aérea, en 1555 el médico y anatomista Andrés Vesalio (Bélgica 1514 - Grecia 1564) fue el primero en realizar una traqueotomía. Introducía una pajita en la tráquea de los perros por lo que lograba mantenerlos con vida y estudiar su anatomía. A finales del siglo XIX, se iniciaba la práctica eventual de la intubación endotraqueal por palpación, realizándose principalmente en enfermos de difteria y más tarde en pacientes anestesiados, haciéndose una práctica común a principios de la década de 1920⁷.

Con respecto a la desfibrilación eléctrica, no fue hasta 1947 que tuvo lugar la primera desfibrilación interna en un corazón humano de la mano de Claude Beck, ya que hasta entonces sólo se detallaban estudios empíricos realizados con baterías caseras y con animales. El primer desfibrilador portátil de la década fue creado por William Kouwenhoven, James Jude y Guy Knickerbocker en 1962, los cuales experimentaban tanto con animales como personas, utilizaron su diseño para reanimar a los operarios de las compañías eléctricas que trabajan con cables de luz y se electrocutaban^{7,9}.

Hacia finales del siglo XIX fue cuando se inició la práctica del masaje cardiaco como una acción complementaria para la reanimación de fallecidos. El primer masaje cardíaco externo en gatos que tuvo éxito lo realizó Bohem. Tras el fallido intento de Niehans de realizar el primer masaje cardiaco externo en humanos en 1880, años más tarde se publicaron 8 casos que tuvieron éxito, dándose lugar en 1898 y 1961 el primer y segundo respectivamente de caso de masaje cardiaco exitoso con tórax abierto^{7,8,9}.

Sin embargo, las bases de la RCP no se establecieron hasta el año 1958, cuando el anestesiólogo Peter Safar le dio nuevamente importancia a la respiración boca a boca, descrita junto con la ayuda del neumólogo James Elam, y la técnica del masaje cardiaco externo definidas por los doctores Jude, Kuwenhoven y Knickerbocker. Por lo que Safar combinó ambas técnicas para definir el protocolo ABC básico de la RCP: A (Control de la vía aérea), B (Respiración), C (Compresiones)^{7,8,9}.

Así mismo, en 1958 se inició la era del uso de la desfibrilación externa como tratamiento de la fibrilación ventricular (FV), lo que ayudó a la definición de los pasos DEF de la RCP avanzada: D (Líquidos y drogas vasoactivas) E (ECG), F (Tratamiento de la fibrilación ventricular). Otros descubrimientos como la epinefrina en 1890, la invención del electrocardiograma (ECG), los grupos sanguíneos y la administración de líquidos, favorecieron el desarrollo de ésta⁹.

El Comité de Reanimación Cardiopulmonar de la American Heart Association (AHA) agrupó como tendencias al soporte vital básico, seguido por el soporte vital avanzado, con la incorporación de la intubación endotraqueal, terapia con líquidos endovenosos, electrocardiografía y ventilación mecánica, publicando los primeros protocolos de actuación en RCP en 1973. En 1989 y 1992 se crearon respectivamente el European Resuscitation Council (ERC) y el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), comité que ofrece la oportunidad de contribuir a nivel mundial en la práctica de las maniobras de RCP y en la creación de guías internacionales^{7,8,9}.

- 2.3 Formación profesional. Soporte vital (básico y avanzado)

La importancia de la formación en las técnicas de RCP toma un gran interés a la hora de prevenir y revertir una posible parada cardiorrespiratoria.

Desde su definición, la enseñanza en técnicas de RCP ha sido un trabajo de estudio en continuo crecimiento y hoy en día gran parte de la sociedad toman cursos de formación en las técnicas de resucitación, con el fin de proporcionar una asistencia idónea a las víctimas de PCR⁵.

Se define como “Cadena de supervivencia” al conjunto de eslabones interrelacionados, de cuya secuencia adecuada depende el éxito de la reanimación. La cadena se compone de cuatro eslabones¹⁰:

- a) Alerta precoz del sistema y tratamiento de situaciones de emergencia potencialmente desencadenantes de PCR.
- b) Aplicación precoz de técnicas de soporte vital básico

- c) Desfibrilación precoz, antes de 3 min.
- d) Soporte vital avanzado precoz, en menos de 4 min desde la detección del PCR y cuidados postreanimación.

Como se ha mencionado anteriormente, esta cadena de supervivencia engloba dos tipos de soporte vital (SV)⁵:

- ❖ Soporte vital básico (SVB) que se conoce como el intento de mantener la función circulatoria y respiratoria mediante el uso de compresiones torácicas externas y aire espirado desde los pulmones de un reanimador sin el uso de equipos.
- ❖ Soporte vital Avanzado (SVA) que incluye aquellas técnicas avanzadas de manejo de la vía aérea, ventilación, interpretación y manejo de arritmias, accesos venosos y uso de fármacos, con el fin de optimizar la actuación y restablecer la actividad circulatoria espontánea.

La SVB tiene como objetivos mantener la oxigenación cerebral y cardíaca hasta la llegada de ayuda de los equipos especializados, el mantenimiento de la vía aérea permeable y una circulación y respiración eficaz. La secuencia de acciones nos indica que el primer paso a realizar es proporcionar un entorno seguro tanto para uno mismo como para la víctima^{11,12}.

En segundo lugar, se lleva a cabo la valoración de la persona en parada. Se verifica a través de la agitación por los hombros de manera suave y la comunicación con la víctima.

Si responde a las preguntas o se mueve, se dejará en la misma posición, se buscará posibles heridas y se controlará eventualmente si sigue consciente y se buscará ayuda si fuese necesario.

En caso de ausencia de respuesta^{11,12}:

1. Se deberá pedir ayudar y comprobar que sigue respirando, en caso contrario se deberá comenzar la apertura de las vías aéreas. Se girará al paciente de manera que quede en decúbito supino y se inclinará la cabeza lo más posible hacia atrás con el objetivo de mantener la vía aérea permeable (maniobra frente-mentón). Una vez abierta la vía aérea, hay que observar si el tórax se mueve, sentir el aire espirado en la mejilla durante 5 min para comprobar la existencia de respiración o respiración incorrecta o nula.
2. Se verificará la existencia de pulso, siendo el mejor lugar la arteria aorta.

Ante la duda se iniciarán las compresiones torácicas. Se colocarán los talones de la palma de la mano a la altura del tercio inferior del esternón. Con los brazos totalmente extendidos y las manos entrelazadas una encima de la otra se hará presión sobre el esternón unos 4-5 cm. Se repetirá la maniobra 30 veces seguida de 2 ventilaciones con una frecuencia de 100-120 compresiones por minuto y 10 ventilaciones por minuto. Éstas serán sin interrupciones y de máxima calidad.

A continuación, se llevarán a cabo las maniobras de SVA que consisten en^{11,12}:

1. Durante la reanimación cardiopulmonar temprana y de calidad, se deberá adquirir un desfibrilador y un equipo de resucitación.
2. Sin el cese de las compresiones, se deberá realizar una desfibrilación rápida con el objetivo principal de producir un latido cardiaco que genere pulso. Debido a la rápida necesidad de identificación de la arritmia y la posible desfibrilación, se deberán conocer aquellos ritmos que son desfibrilables (Fibrilación ventricular (FV) y Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP)) con los que no y establecer la correspondiente cadena de actuación en cada caso. En el caso de un desfibrilador externo automatizado (DEA) se seguirán las instrucciones y solo se pararán las compresiones en el momento del análisis del ritmo para recuperar la actividad circulatoria espontánea

3. Con respecto a la terapia farmacológica, se administrará 1 mg de adrenalina y se repetirá cada 3-5 min hasta restablecer la circulación. Además, se le administrará 300 mg de amiodarona. Ambas se administrarán vía endovenosa si ha sido posible tener acceso venoso. En el caso contrario se administrarán vía intratraqueal.
4. Se realizará un manejo avanzado de la vía aérea y ventilación a través de la colocación de un tubo orotraqueal, mascarilla laríngea o ventiladores de presión automáticos con el objetivo de obtener una ventilación pulmonar efectiva y una oxigenación cerebral correcta.
5. Es muy importante realizar un monitoreo de las variables fisiológicas, siendo fundamental examinar detalladamente la actividad eléctrica cardiaca con un monitor.

Una vez iniciada la secuencia del SVB es de gran importancia averiguar el posible motivo que ha desencadenado la PCR con el fin de actuar de la manera más eficaz y así evitar complicaciones.

- **2.4 PCR. Medio Hospitalario y Extrahospitalario**

La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRIH) suele tener lugar con mayor eventualidad que la extrahospitalaria (PCREH), teniendo así, una peor previsión a pesar de que el escenario sea más adecuado¹⁶.

La incidencia de la PCRIH oscila entre el 1 y 3.8 por cada 1.000 ingresos y muestra una gran diferencia entre países y regiones. Cabe destacar que, aunque estos datos que proceden de registros extranjero, y a pesar de las continuas mejoras que se han llevado a cabo a nivel tecnológico, en formación, promoción y difusión del SVB, el uso del DEA como herramienta útil para una actuación precoz, así como la creación de planes específicos de formación para los profesionales sanitarios, las cifras de mortalidad de PCREH siguen siendo igualmente elevadas^{15,17}.

Pese a que las víctimas se encuentren en un entorno sanitario, la tasa de mortalidad se halla de la misma manera elevada debido a la carencia de un sistema organizado e integral de atención eficaz a las víctimas de la PCR en la mayoría de los hospitales¹⁵.

Con respecto a la PCREH, la mayoría de los casos suceden en el domicilio de las víctimas, evidenciándose así, una mayor mortalidad de las PCREH producidas en el hogar que en otro lugar^{15,17}.

Son varios los factores que pueden determinar una mayor mortalidad en los domicilios, tales como, tiempos de respuesta largos por parte de los equipos sanitarios, incapacidad por parte de los testigos para identificar la PCR y los escasos intentos de reanimación previos a la llegada de la ambulancia¹⁷.

Por lo tanto, e independientemente del lugar donde se produzca, la PCR es un problema social, económico y sanitario de gran magnitud que se debe abordar con todas las herramientas disponibles, con el fin de identificar el suceso y actuar de la manera más eficaz posible para mejorar el pronóstico de supervivencia, por lo que cabe contemplar la necesidad de idear estrategias orientadas a la reducción del tiempo actuación del equipo asistencial e instruir a la población en programas efectivos de formación en la RCP^{15,16,17}.

- **2.5 RCP presenciada**

Como se ha descrito anteriormente y según las últimas recomendaciones de la AHA y el ERC, se cree que permitir la presencia de los familiares (PF) durante las maniobras de RCP puede beneficiar de manera positiva tanto al equipo asistencial como al paciente y la familia⁶.

Actualmente, de los 32 europeos solo se permite esta práctica en 10 países, ya que se considera como un factor cultural ante dicha práctica. A pesar de la cierta incredulidad por parte de los profesionales sanitarios ante la puesta en marcha de esta práctica, la “salida a la calle” de las maniobras hacen que cada vez más familiares estén presentes

a la hora de la realización de estas, haciendo que la RCP presenciada se convierta en una práctica común^{4,6}.

Según varios estudios realizados a lo largo de estas dos últimas décadas de la implantación de esta práctica, existen actitudes tanto positivas como negativas dependiendo del punto de vista con el que se enfoque la situación⁴.

Desde la perspectiva positiva del equipo sanitario, se considera que la PF durante las maniobras beneficia positivamente a los familiares, ya que ver los esfuerzos realizados para mantener con vida al paciente ayuda a aliviar la preocupación y la angustia, así como a aceptar mejor el duelo en el caso de muerte. Además, la necesidad por parte de los profesionales sanitarios de acompañar a los familiares durante la situación, informarles del proceso y apoyarles con el objetivo de gestionar los sentimientos, repercuten de manera favorable el bienestar familiar^{4,6}.

Como actitud negativa, los profesionales consideran que la PF durante la realización de procedimientos invasivos puede provocar traumas psicológicos y aumentar el sufrimiento. Además de esto, existe miedo por parte de los profesionales de que la familia considere que se haya producido una mala práctica o que haya una mala interpretación por parte de éstos ante la actuación del equipo, provocando temor ante las posibles consecuencias jurídicas que pudieran surgir, o que de alguna forma la PF dificulte el desarrollo del procedimiento al aumentar la presión del equipo.

Desde el punto de vista familiar, también se generan sentimientos contradictorios, ya que por un lado, estar presente durante la reanimación les proporciona tranquilidad y satisfacción, sensación de control y una cierta seguridad al observar las maniobras y trabajo del equipo asistencial, en especial del personal de enfermería, que les aporta el apoyo emocional, espiritual y orientación de los pacientes que la familia necesita en ese momento, incrementando así, la comprensión de la situación, favoreciendo la toma de decisiones acerca de la reanimación con base a la calidad de vida y facilitar el proceso del duelo en el caso de muerte. Por otro lado, y coincidiendo con la opinión del equipo, la presencia de una PCR puede generar estrés y sufrimiento a los familiares^{4,6,14}.

La evidencia muestra así, los múltiples beneficios que aporta la RCP presenciada, siendo necesario una formación activa del personal sanitario para aumentar su confianza ante la gestión del concepto y protocolizar la situación para saber cuándo, cómo y a quién ofrecer la RCP presenciada¹⁴.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general: Analizar la perspectiva ante una RCP presenciada, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios como de los familiares.

3.2 Objetivos específicos:

1. Valorar la perspectiva de la presencia familiar durante la RCP en el medio hospitalario y extrahospitalario.
2. Conocer las emociones y vivencias de familiares y equipo sanitario generados ante la presencia familiar durante las maniobras de RCP.
3. Saber si humanizamos la RCP.

4. METODOLOGÍA

El diseño de este trabajo se basa en una revisión sistemática sobre *la percepción de familiares y personal sanitario ante una RCP presenciada*.

La búsqueda bibliográfica tiene lugar entre los meses de diciembre del 2019 a marzo del 2020 en diferentes bases de datos. Se dan por válidos tanto artículos de carácter cualitativo como cuantitativo o enfoque mixto.

Como estrategia de búsqueda, se han utilizado las bases de datos de ciencias de la salud Pubmed, Scielo, Scopus, y el buscador Google Académico. La búsqueda se ha centrado en las fuentes más relevantes publicadas en los últimos diez años, todas ellas relacionadas con el tema de este trabajo, incidiendo principalmente en aquellas que

abordan las percepciones de familiares y profesionales sanitarios sobre la RCP presenciada, logrando recuperar 31 artículos.

Las palabras claves utilizadas como términos de búsqueda en las principales bases de datos en este trabajo fueron: “CPR/Family”, “RCP/Sanitarios”, “Opinión/Reanimación”, “Posición/Resucitación”, “Presencia Familiar/Reanimación” y están basadas en el thesaurus de descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y en el Medical Subject Headings (Mesh). Una vez seleccionados los términos y los límites de búsqueda, se empleó el operador boleano “AND” con el objetivo de localizar aquellos artículos que incluían todos los términos utilizados.

Palabras clave	
<i>DeCS</i>	<i>MeSH</i>
PCR	Cardiorespiratory arrest
Reanimación/Resucitación	Resuscitation
RCP	Cardiopulmonary resuscitation
Sanitario	Medical assistant
Familia	Family
Opinión/Posición	Opinion
Presencia familiar	Family presence

Tabla 1: Palabras clave. Fuente: Elaboración propia.

En las diferentes bases de datos, se establecieron límites para la búsqueda: Diez últimos años (2010-2020), idioma (español e inglés), acceso abierto y texto completo.

A continuación, se definen los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos científicos, los cuales serán empleados para encaminar el trabajo hacia los objetivos propuestos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados entre los años 2010-2020	Artículos anteriores a 2010
Texto completo/Acceso abierto	Artículos no disponibles a texto completo
Publicaciones en español o inglés	Publicaciones en otros idiomas
Pacientes adultos	Pacientes pediátricos
Estudios de carácter científico/Opinión de expertos	Revisiones bibliográficas

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión seleccionados. Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se muestran las búsquedas realizadas en cada una de las bases de datos analizadas.

Nº Búsqueda	Palabras clave y operador booleano	Resultados	Artículos seleccionados
<i>PUBMED</i>			
1ª búsqueda	“CPR” AND “Family”	1906	7
2ª Búsqueda Últimos 10 años		968	
3ª Búsqueda Texto completo		903	
<i>GOOGLE ACADEMIC</i>			
1ª búsqueda	“RCP AND “Sanitarios”	9.520	3
2ª Búsqueda Últimos 10 años		4.760	
3ª Búsqueda Solo español		4.220	
1ª búsqueda	“Opinión AND “Reanimación”	17.300	1
2ª Búsqueda Últimos 10 años		14.700	

3ª Búsqueda Solo español		13.700	
1ª búsqueda	“Posición AND “Resucitación”	6.440	1
2ª Búsqueda Últimos 10 años		4.730	
3ª Búsqueda Solo español		4.330	
<i>SCOPUS</i>			
1ª búsqueda	“CPR AND Family”	940	1
2ª búsqueda Acceso abierto		185	
<i>SCIELO</i>			
1ª búsqueda	“Presencia familiar AND Reanimación”	6	2

Tabla 3. Número, palabras clave y resultados obtenidos tras la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos. Fuente: Elaboración propia

De los artículos obtenidos tras la búsqueda se realiza una filtración de los resultados iniciales. Tras excluir todos aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y omitir los artículos duplicados entre las diferentes bases de datos, se seleccionaron aquellos que, tras una lectura crítica del título y abstract, parecían interesantes y útiles para la realización del trabajo. El nº seleccionado ha sido 15, de los cuales 8 son en español y 7 en inglés.

A continuación, en la figura 1 se muestra el diagrama de seguimiento y selección de estudios incluidos en el presente trabajo según el modelo PRISMA ³⁶.

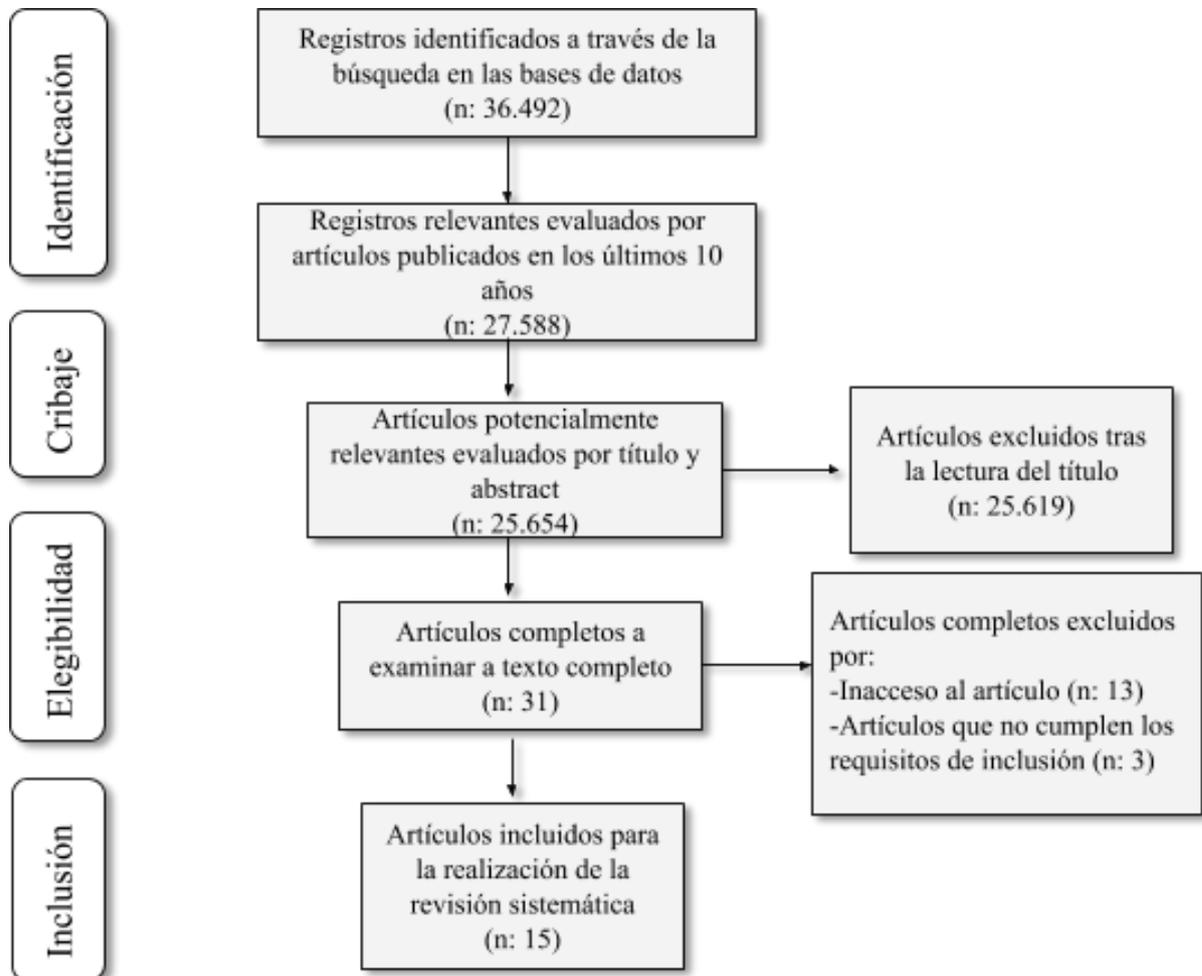


Figura 1. Diagrama de selección de artículos científicos

5. RESULTADOS

Para la selección de los 15 artículos con los que se lleva a cabo la revisión sistemática, en la gráfica 1 se puede observar la naturaleza de los artículos seleccionados según el modelo PRISMA y los cuales han sido analizados con la lista *CASPe* de comprobación de artículos de carácter cualitativo, la lista para evaluar los artículos de investigación cuantitativa (EC) y la lista “Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de *SIGN*” para estudios cuantitativos. (Anexos I, II, III)

NATURALEZA DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

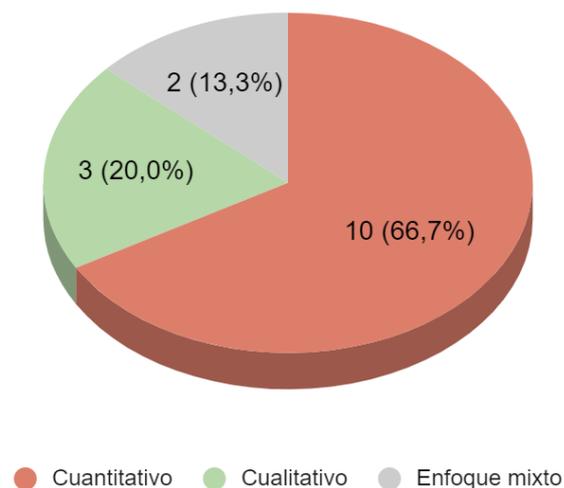


Gráfico 1: Naturaleza de los estudios seleccionados. Fuente: Elaboración propia

Resultados incluidos en la revisión sistemática tras el análisis de los artículos con la lista *CASPe*, la lista para evaluar los artículos de investigación cuantitativa (EC) y la lista de Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de *SIGN* (anexos I, II, III)
 n: 15

A continuación, destacaremos las principales características de cada artículo.

Tabla 7. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos cuantitativos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Base de datos	Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos del estudio	Participantes Muestra	Resultados	Conclusiones
1. PUBMED	Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ ¹⁸ . 2017	Estudio comparativo prospectivo.	Examinar los efectos de la PFDRCP en pacientes que sobrevivieron a un trauma de accidentes automovilísticos y heridas de bala en el departamento de emergencias.	Familiares de 140 pacientes con trauma.	Los resultados indican que la práctica de PFDRCP reduce significativamente la ansiedad de aquellos que tienen buenos recursos familiares y fomenta el bienestar familiar. Efectos de PFDRCP no significativos para la satisfacción con la atención crítica.	Efectos iniciales positivos de PFDRCP en los familiares de los pacientes que sobreviven a una lesión traumática. Los efectos a largo plazo siguen siendo desconocidos.
2. PUBMED	Beesley SJ, Hopkins RO, Francis L et al ¹⁹ . 2016	Opinión de expertos.				La presencia procesal familiar en la UCI cuando paciente y familiar lo deseen debe alentarse e incorporarse a la práctica habitual de la atención de la UCI en adultos. Se indica más investigación sobre cómo implementarla mejor y otras intervenciones (como la PFDRCP) de atención centradas en la familia y el paciente.

<p>3.</p> <p>GOOGLE ACADEMIC</p>	<p>Asencio Gutiérrez JM, Reguera-Burgos M²⁰.</p> <p>2017</p>	<p>Estudio observacional descriptivo transversal.</p>	<p>Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la PF durante las maniobras de RCP.</p>	<p>Muestreo no probabilístico (n = 315) a través de una encuesta online.</p>	<p>La mayoría señala que la PF provocaría situaciones de violencia, daño psicológico en los testigos y más errores durante la atención. El 48% se siente preparado para desempeñar el papel de acompañante.</p>	<p>La mayoría de los profesionales percibe más riesgos que beneficios, mostrándose desfavorables a permitir la PF debido a una actitud paternalista y al miedo a las reacciones que estos pudieran presentar hacia el equipo. El personal de Urgencias y Emergencias extrahospitalarias parece el colectivo más abierto a permitir esta práctica.</p>
<p>4.</p> <p>GOOGLE ACADEMIC</p>	<p>Rodríguez Vico I, Rodríguez Vico C, Rodríguez Ingelmo J.M²¹.</p> <p>2019</p>	<p>Estudio descriptivo Transversal.</p>	<p>Analizar, mediante un proyecto piloto, la percepción de diversos profesionales pertenecientes al Sistema Sanitario Español que atienden situaciones urgentes y/o emergentes, en lo relativo a la presencia familiar.</p>	<p>El total participantes asciende a 90 sujetos, 56 Mujeres y 34 hombres.</p>	<p>De forma mayoritaria consideran que el familiar interfiere en el proceso, generan estrés en el equipo sanitario (71.1%), y debería existir consenso del equipo al respecto (73.3%).</p>	<p>Los profesionales sanitarios españoles son más reacios a permitir la PFDRCP. Se debería fomentarla y aumentar la concienciación de los profesionales, así como incrementar la información al paciente y familiares sobre los procedimientos que se realizan durante una urgencia y la realización de protocolos que avalen la PF en este ámbito.</p>
<p>5.</p> <p>PUBMED</p>	<p>Brasel, Entwistle JW, Sade RM²².</p> <p>2016</p>	<p>Opinión de expertos. (Caso)</p>				<p>A pesar de que la mayoría de los profesionales no estén a favor de la PFDRCP se sugiere que es hora de un cambio de actitud, siendo necesario una política para ponerla en práctica y que sea beneficiosa y segura tanto para el equipo asistencial como para paciente y familiares</p>

<p>6. PUBMED</p>	<p>Patricia Jabre, Vanessa Belpomme, Elie Azoulay et al²³. 2013</p>	<p>Ensayo prospectivo, aleatorizado por conglomerados, controlado.</p>	<p>Determinar si ofrecer la PFDRCP podría reducir la probabilidad de síntomas relacionados con el TPT. Evaluar el efecto de la PF en los esfuerzos médicos de RCP, el bienestar del equipo de atención médica y la aparición de reclamos medicolegales.</p>	<p>570 familiares de pacientes que estaban en paro cardíaco y 15 unidades de servicios médicos de emergencia prehospitalarios les administraron RCP.</p>	<p>Los familiares que no presenciaron RCP tuvieron síntomas de ansiedad y depresión con mayor frecuencia que aquellos que presenciaron RCP. La RCP presenciada por la familia no afectó las características de RCP, la supervivencia del paciente o el nivel de estrés emocional en el equipo médico y no dio lugar a reclamaciones medicolegales.</p>	<p>La PFDRCP se asoció con resultados positivos en las variables psicológicas y no interfirió con los esfuerzos médicos, aumentó el estrés en el equipo de atención médica ni dio lugar a conflictos medicolegales.</p>
<p>7. PUBMED</p>	<p>Matthew Traylor²⁴. 2018</p>	<p>Opinión de expertos. (Caso)</p>				<p>Proponer un sistema de acompañamiento que pueda mitigar algunas de las preocupaciones propuestas con una política de PF y analizar algunos de los compromisos éticos que subyacen en la discusión de la PF.</p>
<p>8. SCIELO</p>	<p>García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL²⁵. 2010</p>	<p>Estudio de caso cuantitativo.</p>	<p>Explorar la opinión de pacientes y familiares respecto a la PFDRCP.</p>	<p>Muestra propositiva de 180 participantes: 90 pacientes y 90 familiares.</p>	<p>La población está preparada para la PFDRCP, lo cual contrasta en el caso de médicos, que en menor porcentaje están preparados, quizás como consecuencia de una actitud conservadora y patriarcal.</p>	<p>Establecer algunas bases que puedan dar origen a una política humanística que reconozca el derecho a la presencia de otros (familiares) y del paciente en los lugares de acogida.</p>

<p>9.</p> <p>GOOGLE ACADEMIC</p>	<p>Da Silva Barreto M, Gomes Nascimento D, Leopoldino Oliveira I et al²⁶.</p> <p>2018</p>	<p>Estudio descriptivo, de corte transversal.</p>	<p>Conocer la prevalencia y los factores asociados al apoyo de la PFDRCP intrahospitalaria e identificar los motivos para apoyar o no esta práctica</p>	<p>122 personas que recibieron atención en una unidad de urgencias.</p>	<p>(69,7 %) refirieron apoyar la presencia de la familia en la sala de urgencia durante la RCP.</p>	<p>Los profesionales sanitarios de unidades de urgencias deben considerar la posibilidad de involucrar a las familias de los pacientes durante la RCP, ya que la mayoría de ellos apoyaba esta práctica.</p>
<p>10.</p> <p>SCOPUS</p>	<p>Niemczyk E, Ozga D, Przybylski A²⁷.</p> <p>2020</p>	<p>Estudio de encuesta transversal.</p>	<p>Analizar las experiencias y opiniones de pacientes y familiares sobre la PFDRCP en hospitales de Polonia.</p>	<p>1000 cuestionarios (500 pacientes y 500 familiares) fueron incluido en el análisis.</p>	<p>Los pacientes y sus familiares con mayor frecuencia quieren estar presentes durante la RCP de un familiar, por lo que aceptaron la PFDRCP. El interés POR PFDRCP indicó 29.0% de pacientes y 27.6% de miembros de la familia.</p>	<p>Tanto pacientes como familiares tienen una actitud negativa hacia la PFDRCP. Los encuestados tienen bajo nivel de conciencia de la posibilidad de la PFDRCP, incluida en los derechos del paciente.</p>

Tabla 8. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos cualitativos seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Base de datos	Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos del estudio	Participantes Muestra	Resultados	Conclusiones
1. PUBMED	De Stefano C, Normand D, Jabre P et al ²⁸ . 2016	Ensayo clínico.	Comprender, a través de un análisis cualitativo sistemático, cómo las familias experimentan la RCP de un familiar, al detallar el significado emocional de los beneficios y desventajas de su presencia.	De los 540 participantes incluidos en el ensayo controlado aleatorio, 75 fueron seleccionados al azar como posibles candidatos para el estudio cualitativo.	4 temas: 1- Elegir participar activamente en la reanimación; 2- Comunicación entre familiar y equipo sanitario; 3- Percepción de la realidad de la muerte, promoviendo la aceptación de la pérdida; 4- Experiencia y reacciones de familiares que presenciaron o no la RCP, describiendo sus sentimientos. 12 subtemas identificados que definieron aún más estos 4 temas.	La PF puede ayudar a aliviar el dolor de la muerte, a través de la sensación de haber ayudado al paciente durante el paso de la vida a la muerte y de haber participado en este importante momento. Los resultados muestran el papel central de la comunicación entre la familia y el equipo sanitario para facilitar la aceptación de la realidad de la muerte.
2. GOOGLE ACADEMIC	Casado-Ramírez E ²⁹ . 2019	Estudio cualitativo exploratorio.	Explorar la percepción acerca de la PFDRCP en pacientes adultos, de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos.	Cuatro grupos: GD1: 7 enfermeras GD2: 6 enfermeras GD3: formado por 5 médicos GD4: 2 familiares y 6 pacientes.	<i>Tres resultados fundamentales:</i> -Rechazo generalizado por parte de familiares y profesionales -Falta de legislación reguladora -Lugar en el que sucede la parada cardiorrespiratoria.	La presencia de familiares en las maniobras de RCP debería estar consensuadas entre éstos y los profesionales, teniendo siempre los familiares la última palabra. Sin embargo, la falta de evidencia y de legislación a este respecto imposibilitan la implantación de un modelo de actuación preestablecido.

3. PUBMED	Tíscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MA et al ⁶ . 2019	Estudio cualitativo exploratorio y análisis temático.	Explorar la percepción acerca de la PFDRCP en pacientes adultos, de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos.	Muestreo intencional. Se desarrollaron 4 grupos de discusión: uno de pacientes y familiares, 2 de enfermeras y uno de médicos.	3 categorías significativas: impacto de la actuación en la familia; peso de la responsabilidad ética y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.	Por un lado, los familiares describen temor y resistencia a presenciar la RCP, y por otro lado los profesionales consideran que su decisión reviste complejidad, siendo necesario valorar cada caso de forma independiente e integrando a pacientes y familiares en la toma de decisiones
--------------	---	---	---	--	---	---

Tabla 9. Análisis de resultados en base a la revisión de artículos con enfoque mixto seleccionados. Fuente: Elaboración propia.

Base de datos	Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos del estudio	Participantes Muestra	Resultados	Conclusiones
1 SCIELO	Silva Dall'Orso M, Jara Concha P ³⁰ . 2012	Estudio exploratorio retrospectivo.	Describir el significado que tiene para familiares y enfermeros la PFDRCP y relacionar las características sociodemográficas de familiares y de enfermeros con la valoración que hacen de la PFDRCP en el ámbito prehospitalario.	Dos grupos de muestra: 33 enfermeros reanimadores junto a la experiencia de 30 familiares que estuvieron presentes durante la RCP de su ser querido.	<i>R. Cualit:</i> la vivencia de ambos grupos se concentra en tres grandes temas, que se expresan a través de diferentes emociones, conductas y comportamientos que se equilibran entre significar una experiencia negativa, repercutiendo gravemente en el bienestar familiar y profesional o suscita una experiencia positiva llevando a la resiliencia del enfermero reanimador y del	Los enfermeros reanimadores consideran la PFDRCP más beneficiosa que los propios familiares ya que esta práctica contribuye a fortalecer la humanización del cuidado del paciente crítico, valorar más el programa ministerial del hospital amigo, por lo que fundamentan la necesidad de formular protocolos sobre la PFDRCP que mejoren la calidad en salud.

					familiar. <i>R. Cuanti:</i> Los familiares valoran la PF como beneficiosa.	
2 GOOGLE ACADEMIC	García Regalado JF, García de Alba García JE, Salcedo Rocha AL ³¹ . 2011	Estudio transversal descriptivo observacional	Conocer los puntos de vista de los profesionales de la salud en lo referente a permitir la PFDRCP en sus áreas de trabajo y enlistar las causas principales mencionadas por ellos para su práctica u oposición.	138 encuestas en salas de Urgencias de 22 hospitales de la región centro occidente a través de aplicación directa.	Los médicos generales aceptan frecuentemente más la PFDRCP que los especialistas. Existe una relación inversa entre edad y aceptar la PFDRCP. No se encontró un solo modelo cultural para estar a favor o en contra de la reanimación presenciada.	La PFDRCP no es una práctica aceptada por los profesionales sanitarios, debido a que no es un concepto difundido en el ámbito médico por lo que se insiste en un aprendizaje para fomentar esta práctica.

6. DISCUSIÓN

Tras la revisión de toda la bibliografía utilizada y la realización de un análisis exhaustivo de los artículos seleccionados para el desarrollo de este trabajo, existen diferentes puntos de vista acerca de la presencia familiar durante las maniobras de RCP.

El desarrollo de investigaciones acerca de la PFDRCP en el ámbito prehospitalario, definida como la presencia y participación de uno o más miembros de la familia, en el área del cuidado del paciente, en un lugar que les permita el contacto visual y/o físico con el paciente, comenzó en la década de los ochenta en el ámbito hospitalario, particularmente en el Hospital Foote en Jackson, Michigan (EEUU)²², momento en que se cuestiona el procedimiento y la actitud médica tradicional ante los familiares del paciente, después de que se demandara el estar presentes³².

Partiendo de esta definición, en la actualidad existe muy poca información, y la falta de apoyo empírico hace que se considere un tema controvertido y de continuo debate entre los propios profesionales sanitarios, pacientes y familiares.

La gran mayoría de los artículos analizados comparten la percepción de los riesgos y beneficios que aporta la práctica de la PFDRCP, la cual varía ampliamente entre ambos grupos, por lo que se ha podido considerar dos temas principales: beneficios y riesgos^{6,18-31}, de los cuales se definen mejor a través de la clasificación de tres categorías a su vez: *Impacto de la actuación familiar, el peso de la responsabilidad ética y legal y por último, el poder, lugar de la RCP y supuestos culturales*⁶.

BENEFICIOS:

La revisión de la literatura muestra resultados positivos ante la PFDRCP, considerándose como un cuidado familiar más²⁰, que aporta bienestar para el equipo asistencial, paciente y familia, percepción y comprensión de la realidad de muerte favoreciendo así la aceptación en caso de duelo, cognición de pensamientos relacionados con el apoyo y comunicación del equipo-familia, expresión de emociones proporcionando alivio, tranquilidad y consuelo al permitir la participación familiar en el proceso de atención²⁸.

Con respecto a la opinión de los profesionales sanitarios sobre la PFDRCP, es muy controvertida a su vez. Algunos, consideran que la práctica de la PFDRCP ayuda a aumentar la percepción de profesionalidad y humanización de los cuidados, reduce la ansiedad, desfavorece el sentimiento de abandono, proporciona una sensación de control, facilita el duelo favoreciendo la aceptación y reduce las tasas de estrés postraumático^{20,25,30}.

La percepción a favor de la PFDRCP también se ve afectada por el contexto sociocultural, la categoría profesional, género, edad y años de experiencia^{30,31}. En países de habla inglesa como EE.UU y Canadá, la población considera la PF como un derecho que los profesionales tienen que ofrecerles y ser ellos mismos los que tomen la decisión, por lo que en algunas instituciones tienen políticas que fomentan esta práctica, en comparación con otros países donde es poco habitual esta práctica.

Así mismo, el lugar donde tiene lugar la RCP influye en las actitudes de los profesionales sanitarios, siendo el hogar/calle un facilitador que hace posible la PFDRP^{6,20,22,29}.

De esta forma, el análisis de todos los estudios comparte la necesidad de establecer políticas humanísticas y protocolos con el objetivo de facilitar la PFDRCP bajo directrices específicas que respeten los principios bioéticos y que establezcan una práctica segura bajo consenso^{6,18-31} por lo tanto, la evidencia disponible respalda la PFDRCP²³.

RIESGOS:

Según la opinión de expertos y una literatura no centrada en la opinión del paciente, la PFDRCP está promocionada como una “medicina basada en la evidencia” con pocos datos sólidos fuera del Departamentos de emergencias o Unidades de críticos^{22,24}.

Las actitudes negativas se basan principalmente en una actitud conservadora y un sentido paternalista que se justifican por la necesidad de autoprotección de los implicados, generándose así sentimientos de tristeza, impotencia, estrés, miedo, descontrol y presión entre otros.

Además, las actitudes negativas ante la PF se justifica por la falta de información sobre esta práctica, así como de los prejuicios que la rechazan a día de hoy y que siguen existiendo por la falta de concienciación y comunicación^{6,18,19,22,29,31}. En países como Polonia, México, España, Chile y Brasil este concepto no se encuentra totalmente difundido en el ámbito sanitario, lo cual genera en mayor proporción, un cierto rechazo por parte de los familiares y por lo tanto, una falta de demanda^{20,21,25,26,27,29,30,31}.

Con lo referente a los profesionales sanitarios, su primera y principal responsabilidad es para con el paciente, considerándose la PFDRCP una violación de la confidencialidad al permitir la PF sin previa aprobación²². Otro factor influyente es el temor por parte de los profesionales de ocasionar un trauma a aquellos familiares que no están preparados lo cual aumentaría su sufrimiento. Además, el miedo a las demandas médico-legales, las áreas limitadas, la malinterpretación de las acciones o palabras del equipo, la atención obstaculizada, que la PF aumente la presión y el estrés^{6,18-31} siendo más complicado suspender la RCP, produciéndose así técnicas de *slow code* (Simulación maniobras de RCP), y la falta de un profesional de apoyo que se haga responsable del familiar, hacen que el ámbito hospitalario, en mayor proporción médicos que personal de enfermería^{31,32}, no favorezcan la PF, ya que éste se encuentran bajo un contexto de “poder” y control⁶.

En resumen, y partiendo de la premisa de la controversia del tema, la revisión de la literatura muestra importantes evidencias positivas con respecto a la PFDRCP, siendo el personal de enfermería el colectivo más partidario de esta práctica, aunque las actitudes varían según la categoría profesional, género, edad, ámbito sanitario y años de experiencia en la profesión^{20,21,25,30,31}.

La implantación de la PFDRCP tiene como objetivo principal empezar a involucrar a los familiares en los cuidados críticos, abordando holísticamente al paciente y al familiar. A pesar de que actualmente la mayoría de los profesionales y familiares no apoya la PFDRCP, se sugiere que es la hora de reconsiderar un cambio de actitud donde se establezca una política humanística a nivel mundial que reconozca el derecho a la PF^{6,18-31}.

7. CONCLUSIÓN

La revisión de la literatura muestra una variedad de estudios referente a los diversos puntos de vista sobre la presencia familiar durante la reanimación pulmonar y muestra la percepción de profesionales sanitarios y familiares. Dando respuesta a los objetivos planteados y tras el análisis exhaustivo de los artículos seleccionados, se han obtenido las siguientes conclusiones:

- La percepción de los familiares y profesionales de la salud sobre la PFDRCP sigue siendo actualmente un **tema controvertido** y de continuo debate, no apoyada por ambos grupos.
- Los puntos de vista de esta práctica se ven influenciados por valores y percepciones situados en contextos socioculturales específicos, factores ambientales y la situación de cada persona, por lo que es importante un **abordaje individualizado** de cada caso.
- Ambos colectivos comparten la percepción de los **beneficios y riesgos** que aporta la presencia familiar durante la RCP.
- El lugar donde sucede la PCR es un componente contextual que condiciona la posibilidad de realizar una RCP presenciada. La RCP en el **medio extrahospitalario** es un **facilitador** para la práctica de ésta, en comparación con el medio hospitalario que se encuentra bajo un contexto de “poder” y control.
- Se recomienda establecer **protocolos** para identificar cuándo, cómo y a quién ofrecer la presencia familiar, así como **políticas humanísticas** que respalde la PFDRCP, la cual no se encuentra humanizada en la actualidad.
- El personal de **enfermería** es entre otros, el colectivo más partidario de la implantación de esta práctica, aunque las actitudes varían según la categoría profesional, género, edad, ámbito sanitario, años de experiencia en la profesión, así como del contexto sociocultural mencionado anteriormente.

Con el fin de proporcionar cuidados holísticos que respeten los principios bioéticos del paciente, es necesario que el concepto de PF tienda a la generalización, en primer lugar, en el ámbito sanitario, con el objetivo de educar a los profesionales sanitarios sobre los beneficios que puede aportar la PFDRCP para pacientes y familiares, invitando a la

familia a estar presente, si lo desean y sea seguro, a participar en procedimientos invasivos como lo son las maniobras de RCP.

A través de este tipo de intervenciones, se podría cambiar esta actitud conservadora instaurada actualmente, por lo que es imprescindible fomentar la educación y sensibilización sobre la PF para acabar con este sentido paternalista, modificando así actitudes, promoviendo discusiones sobre el tema, respetando opiniones y deseos y familiarizando a pacientes y familiares sobre sus derechos, con el fin de ofrecerles una PF segura y más humanizada.

8. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DEL ESTUDIO

Es necesario mencionar algunas de las limitaciones encontradas en esta revisión:

En primer lugar, la escasez de estudios existentes tanto a nivel nacional como internacional sobre el tema ha dificultado el análisis de la revisión, dado a la controversia del tema y la tendencia a la generalización que no se puede cometer.

Así mismo, la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo basada en una evidencia y literatura que apoya la PF y que no es respaldada universalmente debido a una falta de apoyo de empírico y un concepto no difundido a nivel mundial.

Por otro lado, es necesario insistir en la investigación de nuevos y diferentes abordajes de la PFDRCP, ya que no se conoce mucho sobre la opinión de los profesionales sanitarios de los diferentes ámbitos sanitarios (intra/extrahospitalaria y atención primaria) ante esta práctica y la información sobre el derecho a la PF que tiene los pacientes y familiares.

Los estudios existentes se basan en pequeños estudios observacionales en los cuales no todos los pacientes fallecen por lo que sería interesante estudiar las actitudes y percepciones generadas en estas situaciones, así como el lugar donde se produce esta práctica. Por tanto, es importante la realización y análisis de estudios con un enfoque cualitativo para comprender la variedad de percepciones y para conocer los motivos de

las discrepancias sobre el tema, las cuales están basadas en una evidencia que respalda la PFDRCP pero que no es apoyada actualmente.

Además, es importante fomentar la participación de la familia en este tipo de situaciones siguiendo una serie de recomendaciones para proporcionar una práctica de calidad, humanística y segura para todos. Es por ello, que el personal de enfermería tiene un papel fundamental para llevarla a cabo de manera eficaz, proporcionando un cuidado integral, individualizado y humanizado a los pacientes y familiares, objetivo principal del acompañamiento familiar en estas situaciones.

9. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

Como se ha mencionado anteriormente, la falta de conciencia sobre la reanimación presenciada por la familia debería incrementarse en la práctica clínica diaria. Es necesario encontrar una manera de mejorar las experiencias y actitudes del personal de enfermería, para así, poder responder a las necesidades de los pacientes y familiares.

La evidencia científica muestra los múltiples beneficios que aporta la RCP presenciada, y es por ello, que la presente revisión sistemática revela la necesidad de fomentar cambios en el sistema a través de una formación activa del personal de enfermería para aumentar su confianza ante la gestión del concepto y protocolizar la situación para saber cuándo, cómo y a quién ofrecer la RCP presenciada y llevarla a cabo de manera exitosa.

Uno de los objetivos principales que tiene el personal de enfermería es la promoción de los cuidados basados en la humanización, haciendo que el equipo crezca junto al usuario y su familia, se identifiquen con ellos, para otorgarles así, cuidados holísticos centrados en la persona.

Por lo que, la implicación de la RCP presenciada a la práctica enfermera pone de manifiesto la falta de formación para ejercer como personal de apoyo que se haga responsable del familiar, siendo el equipo de enfermería uno de los elementos clave, de los cuales formen parte las políticas humanísticas que deberían establecerse para reconocer el derecho a la PF.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Epidemiología de la parada cardiorespiratoria y eficacia de la resucitación cardiopulmonar y de la desfibrilación externa semiautomática. [Internet] Aula Universitaria de Cardioprotección. [Citado 1 Oct 2019]. Disponible en: http://www.aulacardioproteccion.org/uploads/2/9/9/7/2997300/epidemiolog%C3%ADa_de_la_parada_cardiorespiratoria.pdf
2. Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. La desfibrilación semiautomática precoz: una herramienta fundamental en la atención a la muerte súbita cardíaca [Internet]. Madrid: El Consejo; 2011 [Citado 14 nov 2019]. Disponible en: <https://www.cercp.org/area-ciudadana/54-la-desfibrilacion-semiautomatica-precoz-una-herramienta-fundamental-en-la-atencion-a-la-muerte-subita-cardiaca?highlight=WyJwYXJhZGEiLCJjYXJkXHUwMGVhYWNhIiwicGFyYWRhIGNhcmRcdTAwZWRhY2EiXQ>
3. Redondo LC. Soporte vital básico y avanzado 30:2. 3ª Edición. España: formación Alcalá; 2006
4. Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. [Internet] Enfermería Intensiva. 2016. [Citado 14 nov 2019] 28(4); 144-159. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.01.002>
5. Lopez-Messa JB, Martín-Hernandez H, Pérez-Vela JL, Molina-Latorre R, Herrero-Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. [Internet]. Med intensiva. Palencia. 201. [Citado 14 nov. 2019]; 35(7):433-41. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/novedades-metodos-formativosresucitacion/articulo-resumen/S0210569111000842>
6. Tíscar-Gonzalez V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodriguez Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de salud en el País Vasco. Atención Primaria [Internet] 2017. [Citado 15 nov. 2019]; 1-9 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
7. Martín O, Lucía V. Evolución de las maniobras de RCP básicas a lo largo del tiempo: una historia ligada a la humanidad: Urgencias y Emergencias [TFG] [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015 [Citado 17 nov 2019] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19195/1/TFG-M-M645>

8. Huerta-Torrijos J, Díaz Barriga-Pardo R, García-Martínez SA. Reanimación cardiopulmonar y cerebral. Historia y desarrollo. [Internet] Revista de la Asociación Mexicana Medicina Crítica y Terapia Intensiva 2001. [Citado 17 nov. 2019]; (15)2: 51-60. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2001/ti012d.pdf>
9. Tiberio Alvarez F. Una historia de la reanimación. Rev, Col. Anest [Internet]. 1989 [Citado 17 nov. 2019]; (17)9: 9-16. Disponible en: [http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1989/1989%20Enero%20-%20Marzo%20\(simposio%20RCCP%20Medellin%20sep.1988\)/mej/Una%20historia%20de%20la%20reanimacion.pdf](http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1989/1989%20Enero%20-%20Marzo%20(simposio%20RCCP%20Medellin%20sep.1988)/mej/Una%20historia%20de%20la%20reanimacion.pdf)
10. Prieto Valderrey F, Galeano Nieto J. Plan Hospitalario de Asistencia a la Parada Cradorrespiratoria y la Emergencia Vital [Internet]. Ciudad Real: Gerencia de Área de Puertollano, SESCAM 2011 [Citado 20 nov. 2019]. Disponible en: <http://wp.gaplano.es/wp-content/uploads/2017/02/rcpPuertollano.pdf>
11. Coma-Canella I, Castrillo Riesgo L, Ruano Marco, M., Loma-Osorio Montes A, Malpartida de Torres F, Rodriguez García, J. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. [Internet] Revespcardiol.org 1999 [Citado 20 Nov 2019]; 52(8): 589-603. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893299001528?redirect=true>
12. European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC): Sección 1: Resumen Ejecutivo [Internet]. Madrid: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar; 2015 [Citado 10 Dic 2019]. Disponible en: https://www.semg.es/images/stories/recursos/2015/Recomendaciones_ERC_2015_Resumen_ejecutivo.pdf
13. Guzman Ortiz, P. *Rol del personal de enfermería frente a una RCP*. [Internet] Fdm.org.pe. 2015 [Citado 1 Oct. 2019] Disponible en: http://www.fdm.org.pe/documentos/V_Capac_Enferm_ROL_ENFERM_RCP_Junio2015.pdf
14. García-Martínez AL, Meseguer-Liza C. Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018 [Citado 10 dic 2019]; 26:e3055. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>.
15. Pedrosa Cebador R. Organización de la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria. Situación actual en España. [TFG] [Internet]. Cataluña: Universidad Internacional de

- Cataluña; 2014 [Citado 10 dic 2019]; Disponible en: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240339/Ram%C3%B3n_Pedrosa_Cebador.pdf?sequence
16. Fernández Pérez L. Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar de los enfermos en unidades sin monitorización de pacientes del hospital Universitario central de Asturias. [TFM] [Internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013 [Citado 10 dic 2019]; Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17790/3/TFM%20Laura.pdf>
 17. Ballesteros-Pena S, Abecia-Inchaurregui LC, Echevarria-Orella E. Factores asociados a la mortalidad extrahospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital básico en el País Vasco. [Internet] Rev Esp Cardiol 2013 Abril [Citado 10 dic 2019]; 66(4):269-274. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-factores-asociados-mortalidad-extrahospitalaria-las-articulo-S0300893212005982?redirec>
 18. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ et al. Family Presence during Resuscitation after Trauma. [Internet] J Trauma Nurs. 2018 [Citado 1 abr 2020]; 24(2): 85–96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343763/>
 19. Beesley SJ, Hopkins RO, Francis L, et al. Let Them In: Family Presence during Intensive Care Unit Procedures. [Internet] AnnalsATS. 2016 Julio. [Citado 1 abr 2020]; 13(7). Disponible en: https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201511-754OI?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
 20. Asencio Gutiérrez JM, Reguera-Burgos M. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de los familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. [Internet] EnfermIntensiva. 2017 [Citado 1 abr 2020]; 28(4):144-159. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-opinion-profesionales-sanitarios-sobre-S1130239917300342>
 21. Rodríguez Vico I, Rodríguez Vico C, Rodríguez Ingelmo J.M. Percepción de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Español que atienden urgencias y/o emergencias en cuanto a la presencia familiar durante su actuación. [Internet] Rev Psicología de la salud (New Age). 2019 [Citado 1 abr 2020]; 7(1) Disponible en: <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path%5B%5D=1387&path%5B%5D=599>

22. Brasel, Entwistle JW, Sade RM. Should Family Presence Be Allowed During Cardiopulmonary Resuscitation? [Internet] Ann Thorac Surg. 2016 [Citado 1 abr 2020]; 102: 1438-43. Disponible en: [https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(16\)00185-5/fulltext](https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(16)00185-5/fulltext)
23. Patricia Jabre, Vanessa Belpomme, Elie Azoulay, et al. Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. [Internet] N Engl J Med 2013 [Citado 1 abr 2020]; 368:1008-1018. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1203366?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov
24. Matthew Traylor. Should Family Be Permitted in a Trauma Bay? [Internet] AMA Journal of Ethics, May 2018 [Citado 1 abr 2020]; 20:(5) 455-463 Disponible en: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/should-family-be-permitted-trauma-bay/2018-05>
25. García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL. Reanimación cardiopulmonar presenciada en el contexto hospitalario mexicano: un estudio de caso en pacientes y familiares. [Internet] Desacatos Mex. 2010 [Citado 1 abr 2020]; 34:149-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000300010&lang=es
26. Da Silva Barreto M, Gomes Nascimento D, Leopoldino Oliveira I et al. Posición de personas atendidas en servicio de urgencia sobre la presencia de la familia durante la resucitación. [Internet] Rev Cubana Enferm 2018 [Citado 1 abr 2020]; 34(2) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1642/367>
27. Niemczyk E, Ozga D, Przybylski A. Experiences and Opinions of Patients and Their Relatives to Family Presence During Adult Resuscitation in Poland: Quantitative Research. [Internet] Dovepress. Patient Preference and Adherence 2020 [Citado 1 abr 2020];14:227–234. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/sabidi.urv.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=947f8c95-4626-42b7-af91-ffff07992228%40pdc-v-sessmgr05>
28. De Stefano C, Normand D, Jabre P et al. Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. [Internet] PLOS ONE 2016 [Citado 1 abr 2020] 11(6):156-100. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156100>
29. Casado-Ramírez E. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud del País Vasco.

- [Internet] Epub 2019 [Citado 1 abr 2020]; 13(1) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100011
30. Silva Dall'Orso M, Jara Concha P. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: La mirada de enfermeros y familiares. [Internet] Cienc. enferm 2012 [Citado 1 abr 2020]; 18(3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9553201200030000
31. García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL. Opinión del personal médico y paramédico en las salas de urgencias en los Hospitales del centro del país sobre reanimación presenciada. Una perspectiva mexicana de las recomendaciones del ACLS. [Internet] Arch Med Urg Mex. 2011 [Citado 1 abr 2020]; 3(2):55-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2011/aur112c.pdf>
32. García-Martínez AL, Meseguer-Liza C. Emergency nurses' attitudes towards the concept of witnessed resuscitation. [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018 [Citado 1 abr 2020]; 26:e3055. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3055.pdf
33. Coma-Canella I, García-Castrillo Riesgo L, Ruano Marco M, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar [Internet]. Revespcardiol.org. 1999 [citado 14 Nov 2018]; 52(8):589-603. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893299001528?redirect=true>
34. Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. [Internet] En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. [citado 11 Abr 2020] Cuaderno III. p.3-8. Disponible en: [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=no](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=)
[de&id=147&force=](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=)
35. Niveles de evidencia y grados de recomendación - GuíaSalud [Internet]. GuíaSalud. [citado 11 Abr 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/lupus-niveles/>
36. Urrútia G, Bonfill J. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. [Internet]. Med Clin (Barc). 2010 [Citado 11 abr 2020]; 135(11):507-511. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Recursos/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf>

37. Appendix 3.1: JBI Critical appraisal checklist for randomized controlled trials - JBI Reviewer's Manual - JBI GLOBAL WIKI [Internet]. Joanna Briggs Institute. 2019 [citado 23 May 2020]. Disponible: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Appendix+3.1%3A+JBI+Critical+appraisal+checklist+for+randomized+controlled+trials>

11. ANEXOS

1. Tabla 4. Revisión de los artículos recuperados con la lista *CASPe* para estudios cualitativos³⁴. Fuente: Elaboración propia.

Artículos	Preguntas										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	%
De Stefano C, Normand D, Jabre P et al ²⁸	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	90
Casado-Ramírez E ²⁹	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	70
Tíscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MA et al ⁶	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	90
Silva Dall'Orso M, Jara Concha P ³⁰	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	90
García Regalado JF, García de Alba García JE, Salcedo Rocha AL ³¹	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	90

2. Tabla 5. Revisión de los artículos recuperados con la lista “Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de *SIGN*” para estudios cuantitativos³⁵.

Fuente: Elaboración propia.

Artículos	Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de <i>SIGN</i>							
	1++	1+	1-	2++	2+	2-	3	4
Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ ¹⁸					X			
Beesley SJ, Hopkins RO, Francis L et al ¹⁹								X
Asencio Gutiérrez JM, Reguera- Burgos M ²⁰					X			
Rodríguez Vico I, Rodríguez Vico C, Rodríguez Ingelmo J.M ²¹					X			
Brasel, Entwistle JW, Sade RM ²²								X
Patricia Jabre, Vanessa Belpomme, Elie Azoulay et al ²³					X			
Matthew Traylor ²⁴								X
García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL ²⁵					X			
Da Silva Barreto M, Gomes Nascimento D, Leopoldino Oliveira I et al ²⁶							X	
Niemczyk E, Ozga D, Przybylski A ²⁷							X	

Silva Dall'Orso M, Jara Concha P ³⁰								X						
García Regalado JF, García de Alba García JE, Salcedo Rocha AL ³¹												X		

3. Tabla 6. Revisión de los artículos recuperados con la lista para evaluar los artículos de investigación cuantitativa (EC)³⁷. Fuente: Elaboración propia.

Artículos	Preguntas													Valoración general
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ ¹⁸	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	Incluido
Asencio Gutiérrez JM, Reguera-Burgos M ²⁰	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	NA	SI	SI	SI	Incluido
Rodríguez Vico I, Rodríguez Vico C, Rodríguez Ingelmo J.M ²¹	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	SI	SI	SI	SI	Incluido
Patricia Jabre, Vanessa Belpomme, Elie Azoulay et al ²³	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Incluido
García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL ²⁵	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	Incluido						

Da Silva Barreto M, Gomes Nascimento D, Leopoldino Oliveira I et al ²⁶	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	NA	SI	SI	SI	Incluido
Niemczyk E, Ozga D, Przybylski A ²⁷	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	NA	SI	SI	SI	Incluido
Silva Dall'Orso M, Jara Concha P ³⁰	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	NA	SI	SI	SI	Incluido
García Regalado JF, García de Alba García JE, Salcedo Rocha AL ³¹	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NA	NA	SI	SI	SI	Incluido

N/A: No aplicable

