

Cristina García Márquez

Maria Casanova Ciscar

**LA REANIMACIÓ CARDIOPULMONAR PRESENCIADA: IMPACTE PER ALS FAMILIARS I
PROFESSIONALS
REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Elsa Gil Mateu

Grau d'infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

TORTOSA 2024

Curs 2023-2024

AGRAÏMENTS

A les nostres mares, Isabela i Francina, per donar-nos el seu suport incondicional a totes les etapes de la nostra vida, i en especial durant aquest fantàstic cicle. Gràcies per no deixar-nos soles en els moments més difícils, i per celebrar amb nosaltres aquells que ens han fet especial il·lusió. Als nostres pares, Benja i Loren, per orientar-nos sempre pel bon camí, amb molta paciència i dedicació, ens heu ajudat a aconseguir aquells somnis, que de vegades ens pareixien impossibles.

Per tot això, gràcies als quatre per adaptar-se a la nostra feina. En tots els moments d'aquesta etapa heu estat amb nosaltres, encara que hem estat ben lluny de casa. Ens cal agrair-vos especialment aquells moments no tan bons d'aquest cicle, durant els quals ens heu brindat el suport més gran possible. Gràcies a vosaltres també, Ana i Candela, per acompanyar-nos en l'aventura. Gràcies a tots vosaltres, serem infermeres.

No ens podem oblidar del major suport per a nosaltres dos, els nostres iaïos: "mi abuelo Juan Manuel" i "ma uela Maria". Sense vosaltres res del que hem fet hauria tingut cap sentit. A partir d'ara, ja us podreu sentir ben satisfets d'haver-nos vist complir un dels nostres grans somnis. Per la nostra part, ens fa molta il·lusió que ens acompanyeu al final d'aquesta etapa, ja que ho heu fet des que érem ben menudes. Com ja sabeu, sou el nostre gran exemple i orgull, vos estimem. Tampoc ens oblidem d'aquells que ja no estan amb nosaltres, però que han sigut indirectament un suport, i també estaran orgullosos del nostre camí.

Gràcies a la meua companya de treball, Maria, per tantes hores d'esforç, estrés i companyerisme. Han sigut mesos de molta feina, però gràcies a tu i al teu suport hem aconseguit un bon resultat.

A la meua companya, Cristina, per ser un suport incondicional durant tota l'etapa; he de remarcar, que hem sigut un bon equip. Hem passat mals moments, però sempre ho hem resolt amb positivisme i rialles. Per tot això, gràcies.

No ens podem oblidar del pilar fonamental d'aquest treball, Elsa Gil. Gràcies per tots els consells rebuts i per la paciència que has tingut amb nosaltres. Et considerem una referent al nostre àmbit, i és que al llarg d'aquesta etapa ens has mostrat una xicoteta part de tot allò que saps. De tot cor, gràcies.

Índex:

	pàgs.
RESUM	6
ABSTRACT	7
1. Introducció:	8
2. Marc conceptual:	9
2.1. Què és una aturada cardiorespiratòria (ACR)?.....	9
2.2. Què és la ressuscitació cardiopulmonar (RCP)?	10
2.3. Història de la RCP	11
2.4. RCP: la cadena de supervivència.....	12
2.5. Presència dels familiars en la tècnica de la RCP	17
2.6. Aspectes ètics en la RCP	18
2.7. Intervencions d'infermeria i cures a la família	22
3. Pregunta d'investigació	23
4. Objectius:	23
4.1. Objectiu General.....	23
4.2. Objectius Específics.....	23
5. Metodologia:	24
5.1. Disseny de l'estudi	24
5.2. Estratègia de cerca	24
5.3. Criteris d'inclusió i exclusió	24
5.4. Taula de recerca bibliogràfica	25
6. Resultats:	26
6.1. Diagrama de fluxe.....	26
6.2. Taula de resultats.....	27
6.3. Nivells d'evidència i CASPe	34

7. Discussió:	35
7.1. Preparació dels familiars i professionals	35
7.2. Ètica de la RCP	35
7.3. Visió cultural	36
7.4. Beneficis i desavantatges de la presència familiar	37
7.5. Model infermer i RCP	37
8. Conclusió:	38
9. Limitacions de l'estudi:	40
10. Implicacions futures a la pràctica infermera i línies de futur:	40
11. Bibliografia:	42

RESUM

Introducció: l'aturada cardiorespiratòria (ACR) és una interrupció sobtada de la respiració i de la circulació, convertint-se en un problema de salut pública, ja que afecta entre 4 i 5 milions de persones al món cada any. Per revertir aquest procés es realitzen les maniobres de ressuscitació cardiopulmonar (RCP), essent aquestes un tema amb gran controvèrsia. Sovint s'afegeix importància als aspectes tècnics deixant de banda la part emocional de les persones.

Objectiu: conèixer la resposta tant dels familiars com dels professionals sanitaris, davant una RCP presenciada.

Metodologia: revisió bibliogràfica per saber l'impacte dels familiars i professionals sanitaris durant la realització de la RCP. La recerca bibliogràfica s'ha fet en les bases de dades de PubMed, Scopus i Web of Science Complet.

Resultats: s'han seleccionat i examinat 11 articles de categoria qualitativa i quantitativa. La preparació dels familiars i professionals, l'ètica de la RCP, la visió cultural, beneficis i desavantatges de la presència familiar i model infermer. Es poden veure diferències entre els professionals i els familiars pel que fa a la seua presència durant el procés.

Conclusions: la presència familiar té una sèrie de beneficis i riscos, que cal que siguin coneguts pels professionals per dur aquesta pràctica a terme. D'entre els beneficis es pot destacar: no afecta a la qualitat de la RCP, protecció contra el dol traumàtic, i, es fa a la família particip. Per contra, els riscos més destacats són: la pressió dels professionals, interpretacions errònies i, sentiment d'exclusió per part dels familiars. S'ha d'evitar l'actitud paternalista per poder incloure plenament l'entorn de la persona i donar una atenció més humanitzada i dedicada a cada individu.

Paraules clau: Reanimació cardiopulmonar, Ètica en infermeria, Família.

ABSTRACT

Introduction: cardiorespiratory arrest (CPA) is a sudden event and consists of the sudden interruption of failure of respiratory functions and blood circulation, becoming a public health problem that affects over 4 and 5 million people each year worldwide. To reverse the process, the cardiopulmonary resuscitation (CPR) will be performed, manoeuvres of CPR can cause controversial issues. Most of the time, technical aspects are of great importance, leaving aside the emotional part of people.

Objective: knowing the answer both from relatives and healthcare professionals from a CPR.

Methodology: it consists on a bibliographical review to know the impact on relatives and healthcare professionals during the manoeuvres of CPR. The bibliographic databases has been made from PubMed, Scopus and Web of Science Complet.

Results: 11 have been chosen and examined essays in a quantitative and qualitative categorically. The preparation of the relatives and health care professionals, ethics of resuscitation (CPR), the cultural vision, advantages and disadvantages of the presence of relatives and trained staff like nurses. There are some differences between health care professionals and relatives with regard to their presence during the process.

Conclusions: family presence has some benefits and risks that health care professionals have to deal with and know them so they can put this into practice. Among the benefits are: it does not affect the quality of CPR, protection against traumatic grief, and the family is involved. On the other hand, the most important risks are: pressure from professionals, erroneous interpretations and a feeling of exclusion on the part of family members. A paternalistic attitude has to be avoided, so the person background can be included and the attention of each person can be more humanized and dedicated.

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, Ethics nursing, Family.

1. Introducció:

L'aturada cardiorespiratòria (ACR) és una interrupció de la respiració voluntària i de la circulació. Per a poder revertir aquesta, es realitzen les maniobres de ressuscitació cardiopulmonar (RCP).

Les dades epidemiològiques mostren que hi ha una sèrie de riscos que fan augmentar la probabilitat de tenir una ACR. Entre ells trobem, els problemes cardíacs, l'edat, el sexe, la raça i ètnia i els antecedents familiars (NIH, 2022). L'etiologia de l'ACR adulta és cardíaca, mentre que la pediàtrica és respiratòria. En els últims anys s'ha convertit en un problema de salut pública per l'augment de la prevalença de malalties com la diabetis i l'obesitat.

Quant a la incidència, els nombres d'ACR varia entre 4 i 5 milions de persones a l'any, incloent-hi totes les causes mencionades anteriorment (de Asmundis & Brugada, 2013). A Espanya la incidència és menor, ja que aproximadament el 12% de les morts naturals són sobtades mentre que el 88% tenen origen cardíac. Hi ha dos pics de mort sobtada relacionats en l'edat: el primer d'ells és en els lactants (10%), mentre que el segon és característic dels pacients geriàtrics.

Normalment, les ACR pediàtriques ocorren a la llar, 69%, i amb els familiars presents un 68%; d'aquests sols el 33% inicià la RCP (Norma Raúl, 2021). Pel que fa a la supervivència, cal destacar que és molt baixa sent un 6,7%, encara que oscil·la depenent de l'edat; afectant més els lactants (Carlos et al., 2015).

Com que l'únic tractament per a la ACR és la RCP, cal posar-la en marxa ràpidament per a augmentar la supervivència. Així i tot, els resultats d'aquestes maniobres són escasses i un gran nombre dels supervivents tenen seqüeles neurològiques (Norma Raúl, 2021).

La tria d'aquest tema es basa en el fet que per a les famílies suposa un estrés i angoixa que el seu familiar visca sol l'experiència d'una ACR. Es té en compte la presència dels familiars acompanyant als pacients per sentir una sensació de benestar. S'ha de ressaltar la importància dels familiars en el moment que es realitzen les maniobres de RCP, ja que els reconforta i els ajuda a entendre la situació i el pronòstic, ajudant inclús al procés de dol, si es dona el cas.


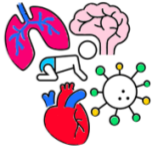






A tall de cloenda, es realitzarà una revisió bibliogràfica centrada en l'impacte que té per als familiars estar presents en el procés d'ACR amb RCP, per tal d'ajudar a humanitzar les cures i cuidatges. A més, analitzar quins són els avantatges i desavantatges, tant per al personal sanitari com per a la pròpia família.

2. Marc conceptual:

2.1. Què és una aturada cardiorespiratòria (ACR)?

L'aturada cardiorespiratòria (ACR) és una interrupció imprevisible, sobtada i potencialment reversible tant de la respiració voluntària, com de l'activitat cardíaca mecànica. És a dir, s'anul·la el transport d'oxigen a la perifèria i, en última estança, als òrgans vitals. Tot això, pot produir hipòxia tissular, i fins i tot, la mort biològica, en el cas de no poder revertir aquesta situació (Barranco Martos & Vargas Fernández, 2010).

La morbimortalitat del pacient pediàtric canvia respecte a la de la persona adulta. Mentre que, les principals causes d'ACR en l'adult són les d'origen cardiovascular (malalties coronàries, lesions valvulars, hipertensió arterial i arrítmies) o per altres causes com: obstrucció de la via aèria, ennuegament, asma, intoxicació i accidents (Perkins et al., 2021); les del xiquet es classifiquen segons la seua edat. En primer lloc, en els lactants predominen els problemes respiratoris (pneumònia, obstrucció de les vies aèries altes), cardíacs (cardiopatia congènita), malalties infeccioses (xoc sèptic), malalties del sistema nerviós central (convulsions) i altres com la mort súbdita del lactant. En segon lloc, entre els xiquets d'1 fins a 12 anys, predominen els accidents (ofegaments, traumatismes, caigudes) i altres com anomalies congènites, càncer i cardiopaties. Per últim, en els adolescents, es deuen a causes com accidents i traumatismes (suïcidi, homicidi). És per això que el tractament que donem a aquesta condició ha d'estar adaptat al tipus de pacient, veure taula 1, basant-se en la regla mnemotècnica de les 5H i 5T, ja que aquestes són les causes reversibles, veure figura 1 (López González, 2011).

Causes d'ACR segons edat	
Lactants 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemes respiratoris. • Problemes cardíacs. • Malalties infeccioses. • Malalties del sistema nerviós central. • Mort súbdita del lactant. 
Xiquets des d'1 fins a 12 anys 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidents. • Anomalies congènites. • Càncer. • Cardiopaties. 
Adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidents i traumatismes. 
Adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemes cardiovasculars. 

Taula 1. Elaboració pròpia. Font: (López González, 2011).

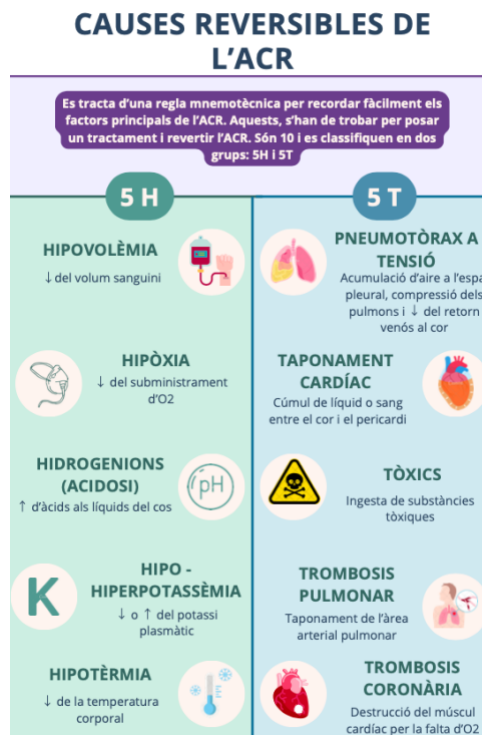


Figura 1. Elaboració pròpia. Font: (Elguea Echavarría et al., 2017)

2.2. Què és la ressuscitació cardiopulmonar (RCP)?

La ressuscitació cardiopulmonar (RCP) es defineix com un conjunt de maniobres encaminades a revertir l'ACR. Es tracta de substituir la respiració i circulació, per posteriorment poder-la restaurar.

La realització de les dites maniobres és de gran importància que siga seqüencial, per tant, no es pot realitzar una maniobra fins que la precedent no estiga correctament feta (García Herrero et al., 2011). Les guies de ressuscitació, tant del xiquet com de l'adult, s'han reduït el màxim possible per augmentar la supervivència de les víctimes d'ACR, facilitant la tasca dels reanimadors. Aquests algoritmes s'han simplificat per tal que siguen més fàcils d'ensenyar, dur a terme i aprendre. Així com, per poder augmentar el nombre i la qualitat de les compressions, i disminuir la interrupció d'aquestes.

És fonamental per a fer un tractament ràpid enfront d'una situació d'ACR que la població general tinga coneixements bàsics per mantenir el pacient fins a l'arribada dels professionals sanitaris. A més, s'hauria de dotar de desfibril·ladors semiautomàtics externs (DESA) als llocs públics on la població té més risc de patir una ACR (López González, 2011).

2.3. Història de la RCP

Des dels inicis de la humanitat ja es veia un desig de retornar la vida a aquells que l'acabaven de perdre mitjançant rituals. D'eixa manera la història pot ser tan antiga com la mateixa humanitat, perquè és difícil reconèixer quan es van iniciar les primeres accions per recuperar l'ACR en persones sanes o malaltes. Per exemple, es troben registres de diverses cultures com els indígenes americans, que posaven adob fresc sobre l'abdomen del difunt; altres, posaven el mort cap per avall i el pujaven i baixaven, el lligaven a un cavall fent-lo trotar a mode de RCP, o es rodava un barril al pit de la víctima; en canvi, els xinesos els feien banys d'oli calent. Així i tot, no és fins al segle XIX que comencen a haver-hi RCP repetidament exitoses, i no és fins al segle XX, que hi ha un gran progrés amb els algoritmes (Obisike Martín, 2015).

Els primers registres de RCP daten de l'any 600 aC a la Bíblia, a l'antic testament (Gènesis), on creien que l'esperit, capaç de donar vida, podia estar donat per una altra persona. També trobem la cultura egípcia, on els sacerdots "passaven l'alè de la vida" fent una cosa similar a l'actual ventilació. En l'any 250 aC Erasístrato, parla que les venes transporten sang i que aquesta es transportava del cor al cervell. Més tard, Galeno de Pérgamo insufla el seu aire a través d'una cànula als pulmons d'animals morts. En l'edat mitjana, els intents de RCP es realitzaven a través d'amulets, olis sagrats i supersticions. El 1530, Hohenheim, usa un tub introduït en la boca del pacient i amb una manxa insufla aire als pulmons. William Harvey, fa un descobriment al segle XVII, i és la circulació major. Diu que el flux sanguini és vital i que si aquest es restableix, el pacient

pot ser ressuscitat, i que un estímul al cor, pot fer que torne a funcionar (Huerta-Torrijos et al., 2001; Obisike Martín, 2015).

Amb el pas del temps i certes evolucions, al segle XVIII, apareix la màquina de Gardanne, que és similar a l'actual maletí de RCP. També, per Europa, es creen societats per socórrer els asfixiats, l'actual 112. En el transcurs dels anys, s'adonen que les manxes poden provocar barotraumes pulmonars, per tant, es torna a les compressions toràciques en decúbit supí. L'any 1947 es dona la primera desfibril·lació elèctrica a un cor humà per part de Claude Beck, i no és fins a l'any 1962 quan es crea el primer desfibril·lador portàtil (Obisike Martín, 2015).

Les bases de la RCP són establertes l'any 1958, per Peter Safar, que torna a contemplar el boca a boca. És aquest també, qui combina la circulació i la respiració per definir l'algoritme ABC: via aèria, respiració i compressions, respectivament. A més, en aquest any, la fibril·lació ventricular es tracta amb desfibril·lació externa, amb açò, es sumen a l'algoritme anterior DEF: líquids, electrocardiograma i tractament de la fibril·lació ventricular, successivament (Huerta-Torrijos et al., 2001; Obisike Martín, 2015).

Els primers protocols de reanimació no arriben fins a l'any 1973 on el Comité de Reanimació de la American Heart Association (AHA) separa el suport vital bàsic (SVB) i el suport vital avançat (SVA). També, inclou la intubació endotraqueal i ventilació mecànica. Més tard, es creen algoritmes internacionals per facilitar i simplificar l'aprenentatge de les tècniques, per part del European Resuscitation Council (ERC) i l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), els anys 1989 i 1992 respectivament. Actualment, aquestes associacions, publiquen cada cert temps noves guies i implementen cursos per a la població en general (Huerta-Torrijos et al., 2001).

2.4. RCP: la cadena de supervivència

El suport vital (SV) té com a objectiu mantenir la correcta perfusió i oxigenació dels òrgans vitals, amb la finalitat de restablir la funció cardiopulmonar. Trobem dos tipus distints: el SVB i el SVA. El primer consisteix en la restauració de les funcions vitals sense cap tipus d'instrumental, exceptuant les "mesures barrera" per evitar contagis per contacte a l'hora de fer les maniobres de respiració i, el desfibril·lador semiautomàtic (DESA). El segon, tracta de reconèixer els ritmes causants de l'ACR i maximitzar l'aplicació del SVB. També, s'inicia l'administració de fàrmacs i el

maneig avançat de la via aèria. Ambdós són molt importants des del primer moment, ja que la seua aplicació precoç i el reconeixement dels símptomes d'ACR, augmenta la probabilitat de supervivència del pacient fins al seu diagnòstic i tractament definitiu (Perkins et al., 2021).

Cal destacar que el suport vital pediàtric (SVP) no és el mateix que el suport vital de l'adult, és a dir, no es tracta d'administrar les dosis reduïdes, sinó que s'han de tenir en compte les característiques anatòmiques i fisiològiques del pacient pediàtric.

Per poder realitzar les tècniques d'una manera ordenada i senzilla existeix l'anomenada cadena de supervivència. Aquesta enuncia els passos a aplicar, que resumidament són: demanar ajuda, prevenir i mantenir les funcions vitals. Tant la cadena adulta com la pediàtrica, consta de 6 eslavons que han de fer-se de manera ordenada i ràpida, encara que presenten una mínima variació, veure figura 2 i 3 (J. López-Herce Cid et al., 2022; Perkins et al., 2021):



Figura 2. Cadena de supervivència adulta. Elaboració pròpia. Font: (Perkins et al., 2021)



Figura 3. Cadena de supervivència pediàtrica. Elaboració pròpia. Font: (J. López-Herce Cid et al., 2022)

L'algorisme per reconèixer l'ACR, alertar als serveis d'emergència i finalment restablir les funcions vitals, si és possible amb ajuda d'un DESA, s'englobaria dintre del SVB, veure figura 4 (J. López-Herce Cid et al., 2022; Perkins et al., 2021):

1. El primer pas és l'aproximació a la persona, és a dir, veure que l'entorn és segur, valorar si es tracta d'una ACR o un col·lapse, i establir el nombre de reanimadors disponibles. En el cas del pacient pediàtric, es necessita saber la talla i pes.
2. El segon pas, és Protegir-nos tant a nosaltres, com a la víctima; Avisar demanant ajuda; i Socórrer (PAS).

3. A continuació, s'estimularà verbalment i físicament el pacient per valorar la seua consciència. Cal tenir en compte que si es tracta d'un pacient traumàtic, l'estimulació física no el danye.
4. Si està conscient, es realitzarà la valoració (ABCDE). Ara bé, si no està conscient i hi ha 2 reanimadors, un cridarà a emergències i buscarà un DESA mentre que l'altre continuarà l'algoritme. S'obrirà la via aèria fent la maniobra front-mentó excepte en pacients politraumàtics i en lactants, que es farà posició d'olfateig.
5. Una vegada oberta la via aèria, es comprovarà si respira: veure, escoltar i sentir en un màxim de 10 segons. Si respira es col·locarà en posició lateral de seguretat (PLS) i es farà la valoració (ABCDE). Si no respira i tampoc respon, s'iniciarà la RCP. Mentre que en el pediàtric, si no respira, es realitzaran 5 ventilacions de rescat amb la via aèria i boca oberta, s'assegurarà un bon segellat i, un volum suficient per a l'expansió del tòrax. En el cas de tan sols disposar d'un reanimador, és en aquest pas on es trucaria al 112 amb l'altaveu.
6. Analitzar signes vitals. S'inicia RCP 30:2 (30 compressions i 2 respiracions) i, si es disposa de DESA es col·loca al pacient. En el xiquet si recupera els signes vitals, després de les 5 ventilacions, continuar ventilant 12-20 rpm fins que respire de manera espontània, i es realitzi la valoració (ABCDE). Si no els recupera, s'inicia RCP 15:2. En cas de no ser personal sanitari, el patró serà com el adult (30:2).
7. Per últim, revalorar els signes vitals cada 2 minuts i fer el canvi de reanimador per evitar compressions poc efectives. El SVB té una durada màxima aproximada de 30 minuts.

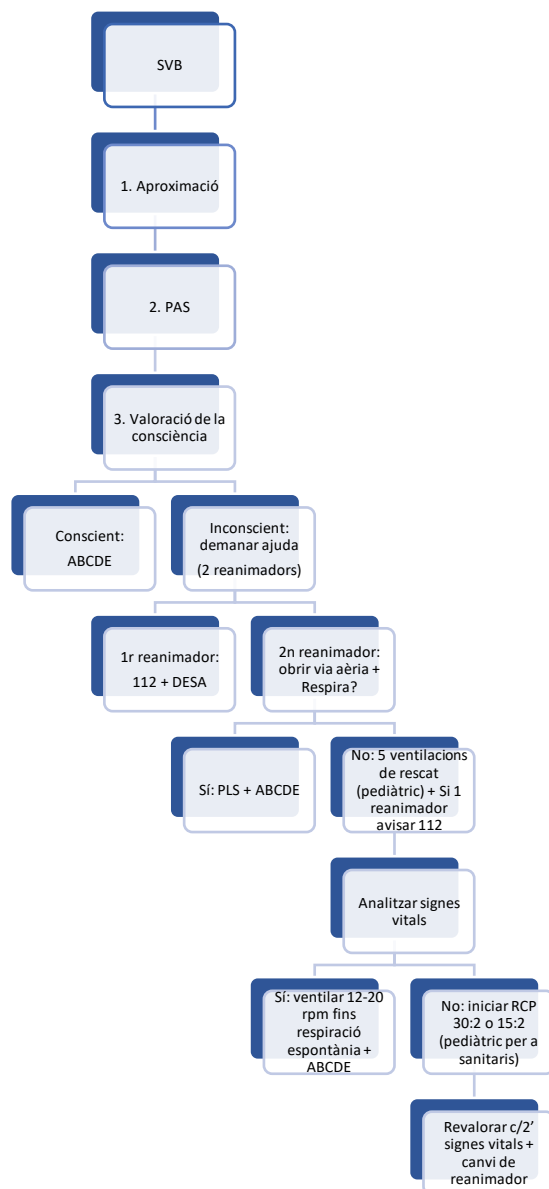


Figura 4. Elaboració pròpia. Font: (J. López-Herce Cid et al., 2022; Perkins et al., 2021).

S'ha de remarcar que el SVA és una ampliació del SVB, explicat anteriorment. En aquest, s'analitzen els ritmes i causes reversibles de l'ACR, l'estabilització, el diagnòstic i tractament, i les cures posteriors. L'algoritme presenta algunes diferències respecte del SVB, veure figura 5 (J. López-Herce Cid et al., 2022; Perkins et al., 2021):

1. Aproximació, igual que al SVB.
2. PAS, com en el SVB.

3. En aquest cas, a diferència de l'adult es realitzarà la valoració amb el triangle d'avaluació pediàtrica (TAP), veure figura 6, que valora l'aparença, la respiració i la circulació.

4. La consciència, seguint els passos del SVB.

5. Comprovació de la via aèria, PLS, inici de RCP o 5 respiracions de rescat, com al SVB.

6. Analitzar els signes vitals i inici de la RCP i col·locar els pegats del DESA. Com es tracta d'un SVA, es canalitzaria un accés venós, oxigenoteràpia i monitoratge, per poder avaluar el ritme de la persona atesa aprofitant les dos ventilacions.

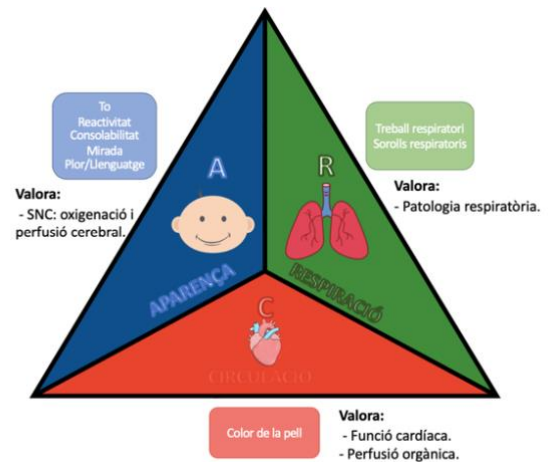


Figura 6. Elaboració pròpia. Font: (J. López-Herce Cid et al., 2022).

7. En el moment de valorar el ritme, s'hauria de comprovar si és un ritme desfibril·lable o no desfibril·lable. Si el ritme és desfibril·lable s'administraran descàrregues cada 2 minuts, i cada 4 minuts Adrenalina i Amiodarona a partir de la 3a descàrrega i fins a la 7a descàrrega, que sols s'administrarà Adrenalina. En canvi, si el ritme és no desfibril·lable, s'administrarà Adrenalina des de la primera lectura de ritme i després cada 4 minuts.

Les compressions es realitzaran en una superfície plana i dura en decúbit supí. En el pacient adult amb 5-6 cm de profunditat i el pediàtric amb una profunditat d'1/3 del diàmetre del tòrax i a una freqüència de 100-120 compressions per minut, per a ambdós. S'han de realitzar a la meitat inferior de l'estèrnum, mai comprimint l'apèndix xifoide (J. López-Herce Cid et al., 2022; Perkins et al., 2021).

Davant d'una ACR és important controlar el temps, ja que el pronòstic del pacient pot dependre d'aquest. Com també és important el control del temps i realitzar unes compressions i ventilacions de qualitat, també ho és treballar en equip i amb un bon líder.

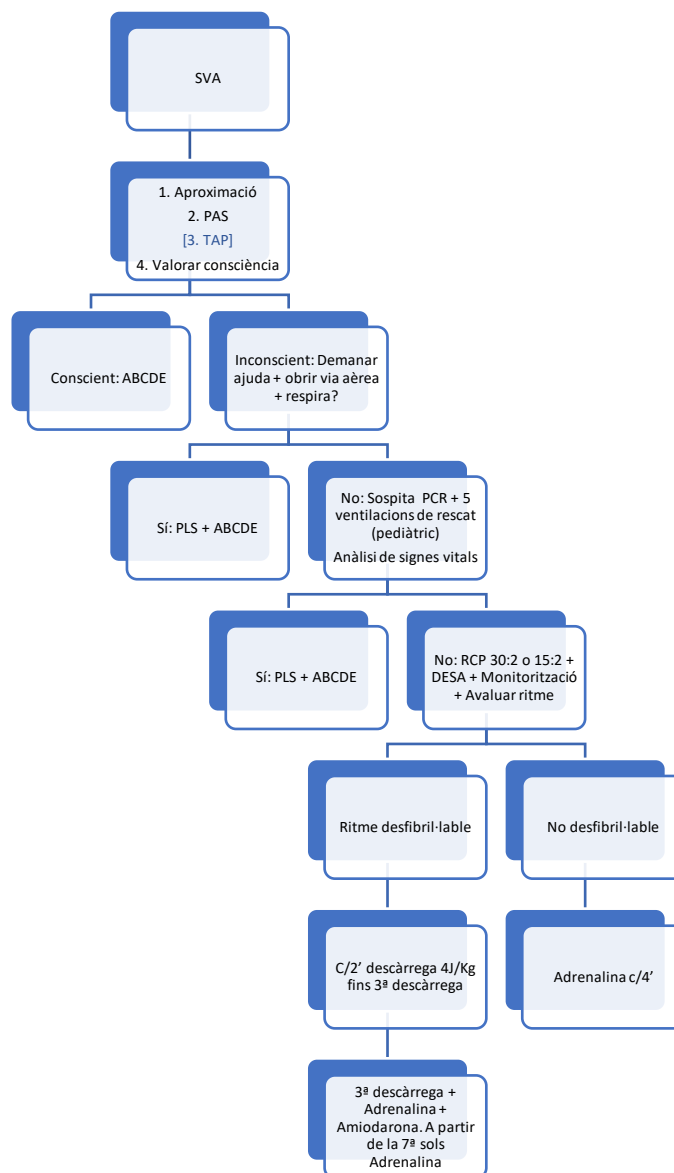


Figura 5. Elaboració pròpia. Font: (J. López-Herce Cid et al., 2022; Perkins et al., 2021).

2.5. Presència dels familiars en la tècnica de la RCP

Antigament, fins a la primera meitat del segle XX, els familiars i l'entorn del pacient no estaven concebuts dintre la realització de certes tècniques, com és el cas de la RCP. Aquests procediments, tant per als xiquets com per als adults, arriben a ser aterradors i dolorosos, provocant també cert malestar i patiment als seus familiars. Com que per a les persones ateses és un dret poder estar acompanyat, els professionals sanitaris i els familiars, han de romandre units per a poder prendre les decisions del pacient.

A més a més, els familiars mostren un interès per estar presents enfront de procediments invasius, xifres que han augmentat amb el transcurs dels anys. Així i tot, només el 41% dels països que pertanyen a Europa, deixen als familiars estar presents durant l'RCP pediàtrica, mentre que en el cas dels adults tan sols és el 31%. Diversos estudis i investigacions, han demostrat els beneficis que presenta aquesta pràctica, però la realitat és que molts professionals de la salut no estan predisposats a què els familiars estiguen presents durant la reanimació, encara que es tracte d'un dret dels pacients. Aquests estudis reflecteixen el motiu d'aquest desacord. Un d'ells, és l'ansietat que causa als familiars estar presents i el nerviosisme que provoca al propi pacient (Asencio-Gutiérrez & Reguera-Burgos, 2017; Palomares González et al., 2023).

L'ACR és una malaltia d'extrema urgència i que a més, depèn del temps. Per als familiars, és de vital importància estar en tot moment amb el pacient, ja que, per a ells és un dret estar durant la RCP; els redueix l'estrés posttraumàtic; veuen que es fa tot el possible pel pacient; i, per als pares de xiquets que han estat presents, ha sigut beneficiós en el procés del dol. Des d'un altre punt de vista, trobem als professionals sanitaris. Sovint, aquests no donen la possibilitat d'estar presents als familiars perquè pensen que els pot afectar negativament al seu benestar mental. Així també, pensen que poden afectar i repercutir perjudicialment a les seues intervencions. Dintre els professionals s'observa que les infermeres presenten una major predisposició a que els familiars estiguen presents; al contrari que els metges, que generalment no recolzen aquesta pràctica. A l'àmbit pediàtric aquests nombres augmenten mínimament (Boqué-Oliva, 2021).

És per això, que des de diverses associacions s'ha promogut la importància que té tant per al pacient, com per a la família, la presència als procediments invasius, i en aquest cas, a l'RCP.

2.6. Aspectes ètics en la RCP

Des del punt de vista conservador trobem 4 principis de bioètica: beneficència, no maleficència, justícia i autonomia (López González, 2011).

1. Beneficència, és el que ha de donar inici o fi a la RCP depenent quin siga el bé per al pacient, ja que si sols és per fer més llarga la vida en lloc de donar qualitat de vida, s'estarà incomplint aquest principi.
2. No maleficència, a aquest pertany el "Primum non nocere" d'Hipòcrates. En aquest, s'ha d'evitar el mal, és a dir, en aquells pacients on hi ha hagut mort cerebral, no s'ha d'iniciar la RCP, per evitar danys tant al pacient com a la família, creant falses esperances.

3. Justícia, aquest principi tracta sobre la igualtat de totes les persones. Això és no allargar la vida a un conegut o fiar-se de l'aspecte del pacient.
4. Autonomia, ací s'ha de tenir present quina és la decisió de la família o del propi pacient, ja que és important respectar la decisió de ser reanimat o no.

Les decisions de la RCP estan basades en els principis bàsics de la ètica nomenats anteriorment, amb aquest principis sorgeixen noves vessants.

En situacions clíniques molt complicades la RCP presenta problemes ètics canviants, d'acord amb condicions culturals, socials i religioses. Cal destacar, que en el cas dels xiquets, ells per si sols no poden prendre decisions en la majoria dels casos. També, s'ha de tenir present que els professionals sanitaris es basen en uns criteris i en la locució llatina d'Hipòcrates: "Primum non nocere" (el primer és no fer mal). Quant a les consideracions ètiques més destacades en l'àmbit de la RCP cal remarcar: quan s'ha d'iniciar la RCP; quan s'han de finalitzar o no les maniobres; document de voluntats anticipades; donació d'òrgans en ACR; i, ordre de no reanimar (ONR) (M. D. López-Herce Cid, 2021).

En relació amb quan iniciar la RCP, cal destacar que sols s'ha de fer quan es complisquen aquests requisits, veure taula 2 (Vera Carrasco, 2021):

Quan iniciar les maniobres de RCP?	
Parada sobtada i violenta	En cas de no saber quant de temps ha passat, però s'estima que ha sigut poc.
Parada amb una durada curta	Si han passat > 10 minuts o hi ha signes clínics de mort biològica, no s'ha d'iniciar la reanimació . A excepció, d'intoxicacions barbitúriques, ofegaments i hipotèrmia (especialment en xiquets i joves, per major resistència a la hipòxia).
Parada potencialment reversible	Valorar les 5H i 5T i la possibilitat de restablir les funcions vitals.
Pacient no terminal	Previ a la parada el pacient estava sa o malalt però no de manera terminal. No reanimar si es tracta de l'evolució natural d'una malaltia (mort digna, no maniobres fútils) .
No existeix una ordre de no reanimar (ONR)	
No hi ha perill per al reanimador	Protecció pròpia, de l'espai i del lloc. També, evacuar al pacient fins a un lloc sense perill per realitzar la RCP.
Desconeixement del pacient, i, temps i circumstàncies de la parada	"Davant del dubte reanimar."

Taula 2. Elaboració pròpia. Font: (Vera Carrasco, 2021).

Pel que fa a la finalització de la RCP, hi ha diversos factors que s'han de tenir en compte a l'hora de prendre decisions, la història clínica, el pronòstic de la seua malaltia, el temps transcorregut, etc. Aquesta decisió ha de ser presa pel líder del grup de treball, havent-ho consensuat amb la resta de l'equip, i si és possible, parlar amb els familiars. S'ha d'acabar les maniobres de RCP quan, veure taula 3 (Vera Carrasco, 2021):

Quan finalitzar la RCP?	
Recuperació de la circulació sanguínia	En catàstrofes, pacients amb més possibilitat de recuperació
Quan no hi ha indicacions per iniciar-la	Comprovació de l'existència d'una ONR
Asistòlia >20 minuts sense causa reversible i signes de mort biològica	Prematurs extrems i nounats amb anomalies congènites incompatibles amb la vida
Esgotament o risc de perill per als reanimadors	Després d'iniciar la RCP es confirma el diagnòstic d'una malaltia incurable

Taula 3. Elaboració pròpia. Font: (Vera Carrasco, 2021)

Per contra, també hi ha una sèrie de criteris per saber quan no s'ha de suspendre les maniobres de RCP, veure taula 4 (Vera Carrasco, 2021):

Quan no interrompre la RCP?	
1. Fibril·lació ventricular (FV)	2. Causa reversible (5H i 5T)
3. Taquicàrdia ventricular sense pols (TVSP)	

Taula 4. Elaboració pròpia. Font: (Vera Carrasco, 2021)

També és important tenir el document de voluntats anticipades o testament vital. En aquest, els pacients conscients i informats, o si no és possible la família, tenen el dret d'acceptar o rebutjar el tractament mèdic. Es tracta de que els pacients puguin expressar en un document escrit els cuidatges que volen per al final de la seua vida. Sempre, s'ha d'evitar la futilitat, que és el perllongament del tractament en pacients amb cap possibilitat de recuperar una vida digna. La retirada del tractament i la decisió de no iniciar aquest, des del punt de vista ètic, és el mateix (Rodríguez Núñez et al., 2007; Vera Carrasco, 2021).

A més, pel que fa a la donació d'òrgans en ACR, cal destacar que fins fa uns anys aquests pacients no eren candidats. En els últims anys s'han observat resultats exitosos en donacions, especialment de fetge i de ronyó. Per a poder aconseguir-ho, es necessita mantenir al pacient amb RCP fins a aconseguir l'autorització dels pares o familiars. Aquest fet suposa una

sobrecàrrega emocional per a aquests, ja que com es tracta d'una situació d'urgència, s'informa al mateix temps, de la mort del pacient i de la sol·licitud de donació d'òrgans (M. D. López-Herce Cid, 2021; Rodríguez Núñez et al., 2007).

L'ordre de no reanimar (ONR) és aquella que està escrita, firmada i datada per un metge a la història clínica del pacient, s'ha de pactar amb el propi pacient, amb els pares o representants en cas de no tenir capacitat. Aquesta ordre tan sols prohibeix l'ús de maniobres d'RCP, per això tan sols es pot usar en cas d'ACR (pacient inconscient i sense pols). Aquesta ordre es troba dins de l'adequació de l'esforç terapèutic (AET), que es defineix com la no aplicació de mesures extraordinàries terapèutiques a un pacient amb mal pronòstic vital, cal saber quan no iniciar-les i quan retirar-les (Vera Carrasco, 2021).

L'ONR a més de ser un problema mèdic, és principalment un problema ètic, i també enfronta un repte legal. La indicació de no RCP, no està relacionada amb una sentència de mort, no significa no realitzar altres maniobres terapèutiques i tampoc implica deixar de rebre els beneficis de la pràctica mèdica, l'anomenada ortotanasia. Aquesta, més bé, suposa un respecte per la dignitat del pacient i una voluntat de canvi en els objectius terapèutics. Per tant, no RCP no és una mesura passiva sinó una evolució en la comunicació, pensament i vincle clínic amb el pacient i els familiars (Luis Cereceda, 2011; Vera Carrasco, 2021).

De vegades l'ONR presenta alguns problemes quant al lloc on ocorre l'ACR, veure taula 5:

Lloc on ocorre la PCR	
Serveis d'urgències	Hi ha menys possibilitat de veure la història clínica del pacient i les seues voluntats.
Pacients hospitalitzats	Es troba accés a la història clínica. Es pacta amb pacients i familiars, és la seua decisió.
Unitat de neonatologia i sales de part	S'ha de parlar amb temps, es necessita l'autorització dels progenitors.
Àrees quirúrgiques	S'ha d'arribar a un consens previ, amb un pacient amb ONR s'analitzen els procediments i situacions rebutjades pel pacient sense violentar la decisió dels professionals.

Taula 5. Elaboració pròpia. Font: (Luis Cereceda, 2011)

Per últim, no hi ha evidència que demostre en quins casos existeix futilitat. Podem trobar dos tipus de futilitat: la quantitativa i la qualitativa. Respecte a la primera, no es percep èxit apreciable en l'estat de salut. Mentre que en la segona, no s'aconsegueix la qualitat de vida

desitjada. Per això és important saber quina és la situació del pacient i establir un bon vincle amb l'equip professional per evitar "allargar la vida". Finalment, com s'ha pogut veure, és molt important tindre en compte tots els conceptes tractats clars per poder assistir de la millor forma al pacient i acompanyar a la família durant el procés.

2.7. Intervencions d'infermeria i cures a la família

Els models teòrics d'infermeria són representacions amb simbolismes de la realitat, amb l'objectiu de descriure i relacionar conceptes entre si, per tal d'ajudar al funcionament del treball infermer. Hi ha diverses classificacions dels models teòrics, en aquest cas s'usaran els paradigmes infermers. Aquesta classificació va ser desenvolupada per la infermera canadenca Suzanne Kérouac, i parla que hi ha 3 tipus de paradigmes: el de categorització, el d'integració i el de transformació (CTO, 2012).

En aquesta ocasió, es tractarà el paradigma de transformació. Aquest tracta al pacient com el conjunt de la pròpia persona i també del seu entorn, és a dir, de manera holística. El pacient és irrepetible i únic, per tant, posa a la mateixa alçada l'experiència del pacient, a la seua família i al grup social al qual pertany per tal de recuperar la salut. Així doncs, es profunditzarà en el vessant de "l'escola del Caring" de la infermera estatunidenca Jean Watson (CTO, 2012; Ramírez Perdomo et al., 2016).

Segons Watson, el cuidatge és la base de la professió infermera encara que, no és sols una idea de treball sinó que, es tracta d'una idea de la pròpia persona, és a dir, moral. Els metaparadigmes infermers per a la teòrica són: la infermera, la persona, la salut i l'entorn (Ramírez Perdomo et al., 2016).

- Infermera: aquesta, no és sols l'encarregada de restablir la salut sinó que, s'interessa per la qualitat de vida, la recuperació i l'educació sanitària. A més, considera que les persones no són objectes, i per això, no poden ser separats del seu entorn.
- Persona: es basa en la idea que és única. També dóna importància al cuidador perquè, és l'únic capaç de percebre les emocions i sentiments del pacient, i així, facilitar quina és la seua situació entorn de la malaltia. Aquesta és la unitat de la ment, el cos, l'esperit i la naturalesa.
- Salut: tracta de la unitat entre la ment, el cos i l'esperit. Per tant, es relaciona amb el que percep i el que experimenta un mateix en cada situació.

- Entorn: és el que més present ha de tindre la infermera per poder analitzar la salut i malaltia dels pacients, per poder retornar-los al seu estat de salut. S'ha de tenir en compte el benestar tant mental com espiritual, així com també, els seus valors i creences.

Després d'aquest estudi, engloba el treball infermer en 10 factors, entre els quals es podria destacar: la formació d'un sistema humanístic i altruista de valors, sensibilització per un i pels altres, desenvolupament d'una relació d'ajuda i confiança, etc.

Per tant, es pot veure que hi ha hagut un canvi de l'antic model paternalista a models que inclouen al pacient i al seu entorn en les cures. Aquest fet és encara més important quan s'està davant d'un xiquet, ja que aquest estarà preocupat per la seua salut i el seu entorn patirà per la situació del pacient. Per això, és de gran rellevància fer partícips als familiars siga quin siga l'estat de salut de la persona atesa. Si ens centrem en les intervencions dels sanitaris, s'ha de ser conscient de quin és el problema per poder explicar i fer entendre a l'entorn del pacient quin és el seu lloc, en la cura o tècnica a realitzar. En el cas de la RCP, s'ha de ser empàtic, explicar que no han d'interrompre, ser clar en tot moment sobre l'estat de salut, i així, s'ajudarà tant als familiars com al propi pacient en la seua recuperació, com al procés de dol (Gómez Castro, 2016).

3. Pregunta d'investigació

En pacients amb ACR és més eficaç realitzar la RCP en presència dels familiars o sense ells?

4. Objectius:

4.1. Objectiu General

Conèixer la resposta tant dels familiars com dels professionals sanitaris, davant una RCP presenciada.

4.2. Objectius Específics

- Valorar la preparació dels familiars, per part dels professionals, per poder presenciar la RCP.
- Analitzar els avantatges i desavantatges per al personal sanitari i per a la família.
- Descriure quines són les consideracions ètiques de la presència familiar a la RCP.
- Conèixer les diferències culturals durant la intervenció de RCP.
- Determinar quines són les intervencions infermeres en la RCP presenciada.

5. Metodologia:

5.1. Disseny de l'estudi

El disseny d'aquest estudi es fonamenta en una revisió bibliogràfica sobre l'impacte dels familiars durant la realització de la RCP, basant-se en una pregunta d'investigació i fent un anàlisi de la informació recollida.

Aquesta investigació ha tingut lloc en el període de temps que comprèn des del desembre de 2023 fins el febrer de 2024 a distintes bases de dades. S'ha buscat sobre les maniobres de RCP, la presència dels familiars durant la RCP i les intervencions infermeres.

5.2. Estratègia de cerca

Quant a les paraules claus usades per fer la recerca estan basades en els descriptors en ciències de la salut (DeCS) i en el Medical Subject Headings (MeSH). També s'ha emprat l'operador boolean "AND" per tal d'incloure i limitar la cerca a la població diana.

MeSH	DeCS	Llenguatge natural
Cardiopulmonary Resuscitation	Reanimación Cardiopulmonar (D016887)	RCP
Ethics, Nursing	Ètica en infermeria (D004993)	Ètica en infermeria
Family	Família (D005190)	Família

Taula 5. Elaboració pròpia. Font: (NIH, 2024; OPS, 2024)

Les bases de dades utilitzades han sigut PubMed, Scopus i Web of Science Complete. S'han seleccionat les fonts més importants en els darrers deu anys. A més relacionades en el tema de recerca.

5.3. Criteris d'inclusió i exclusió






Pel que fa, als criteris d'inclusió i exclusió per fer la tria dels articles per la posterior discussió amb els resultats dels objectius són els següents:

Críteris d'inclusió	Críteris d'exclusió
Articles que s'han publicat els darrers deu anys (2014-2024)	Articles que s'han publicat abans del 2014
Idioma: català, castellà i anglès	Altres idiomes
Articles originals	Revisió
Accés al text complet amb sabidori de la URV	Accés restringit al text

Taula 6. Elaboració pròpia.

5.4. Taula de recerca bibliogràfica

A la següent taula es mostra quines han sigut les equacions de recerca, i a més quins han sigut els resultats que s'han oberts de cada una d'elles.

PUBMED 	1. Cardiopulmonary Resuscitation AND Family					
	Total - 1.972	10 anys - 1.021	Idioma - 1.000	No revisió - 140	Complet - 69	Aprof - 3
	2. Cardiopulmonary Resuscitation AND Ethics Nursing					
	Total - 158	10 anys - 73	Idioma - 72	No revisió - 6	Complet - 4	Aprof - 0
SCOPUS 	3. Family AND Ethics Nursing AND Cardiopulmonary Resuscitation					
	Total - 54	10 anys - 26	Idioma - 26	No revisió - 24	Complet - 22	Aprof - 3
	6					
	1. Cardiopulmonary Resuscitation AND Family Presence					
WEB OF SCIENCE COMPLETE 	Total - 332	10 anys - 167	Idioma - 158	No revisió - 137	Complet - 59	Aprof - 14
	2. Cardiopulmonary Resuscitation AND Ethics Nursing					
	Total - 120	10 anys - 35	Idioma - 32	No revisió - 32	Complet - 16	Aprof - 0
	3. Family AND Ethics Nursing AND Cardiopulmonary Resuscitation					
WEB OF SCIENCE COMPLETE 	Total - 40	10 anys - 11	Idioma - 11	No revisió - 11	Complet - 4	Aprof - 0
	14					
	1. Cardiopulmonary Resuscitation AND Family Presence					
	Total - 370	10 anys - 217	Idioma - 214	No revisió - 182	Complet - 75	Aprof - 16
WEB OF SCIENCE COMPLETE 	2. Cardiopulmonary Resuscitation AND Ethics Nursing					
	Total - 141	10 anys - 65	Idioma - 63	No revisió - 57	Complet - 33	Aprof - 3
	3. Family AND Ethics Nursing AND Cardiopulmonary Resuscitation					
	Total - 56	10 anys - 23	Idioma - 23	No revisió - 20	Complet - 8	Aprof - 2
21						

Taula 7. Elaboració pròpia.

Després de la recerca mostrada, s'ha realitzat una segona selecció d'articles. Dintre d'aquesta s'han rebutjat aquells articles repetits en les diferents bases de dades, aquells que no adaptaven la seua forma al nostre treball i els que no s'adaptaven al tema escollit. Per tant, s'han triat 11 articles, els quals llegint el seu títol i el seu resum eren vàlids per la recerca. D'aquests, es troben 3 en castellà i 8 en anglès.

6. Resultats:

6.1. Diagrama de fluxe

Ara es mostra el diagrama de fluxe, mitjançant el qual s'ha fet la tria dels articles segons el model PRISMA:

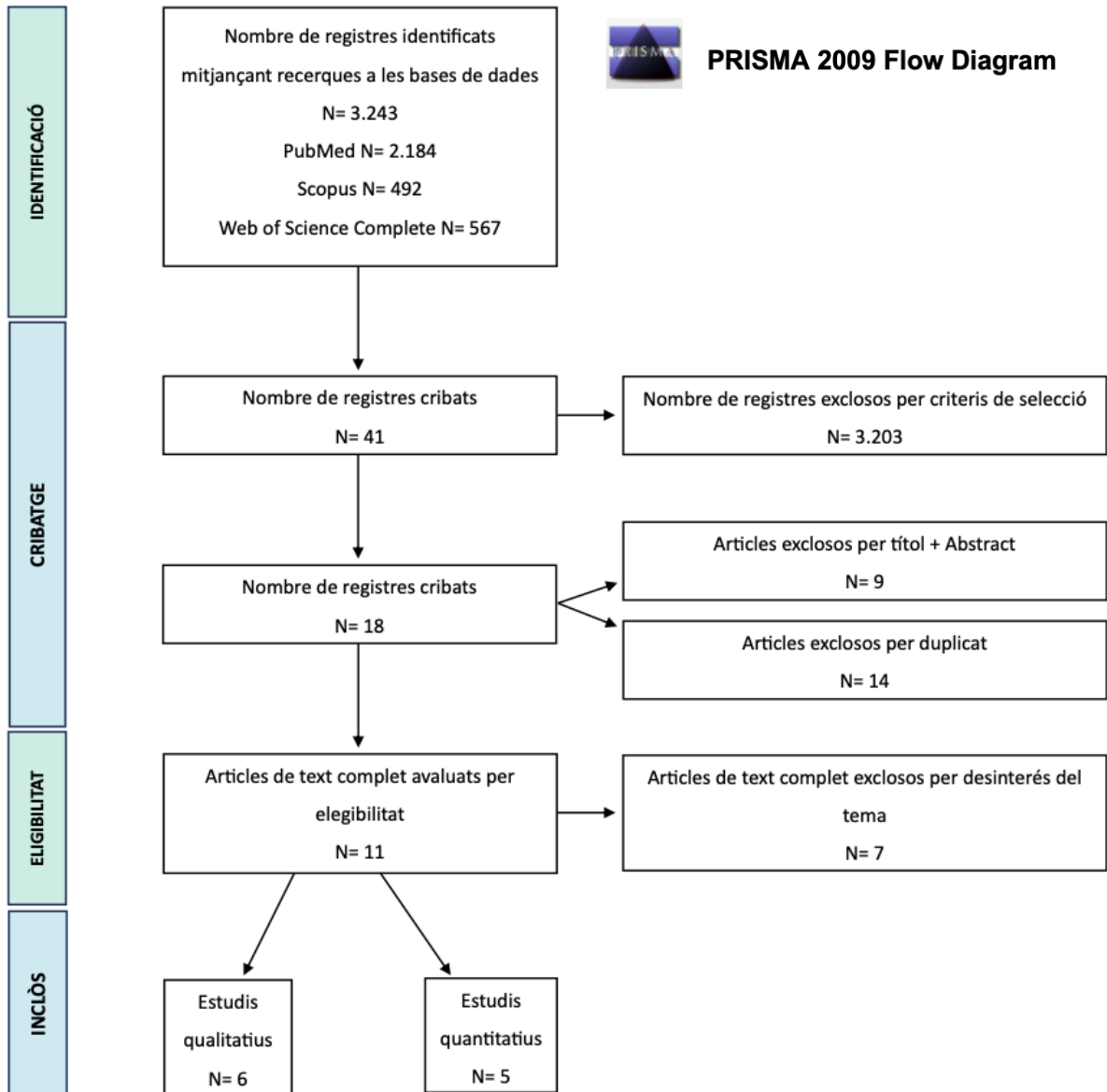


Figura 5. Elaboració pròpia. Segons el model PRISMA.

6.2. Taula de resultats

En aquesta taula, s'expliquen els articles trobats a les bases de dades en més profunditat (taula 8):

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randozimed Clinical Trial	De Stefano, C; Normand, D; Jabre, P; Azoulay, E; Kentish-Barnes, N; Lapostolle, F; Baubet, T; Reuter, PG; Javaud, N; Borron, SW; Vicaut, E; Adnet, F 2016 EEUU	Estudi qualitatiu N= 30 familiars de pacients que no van sobreviure a l'ACR.	Avaluar els beneficis i desavantatges de la presència dels familiars amb RCP sense èxit, basant-se en les experiències emocionals d'aquests.	Després de l'anàlisi de dades s'extreuen 4 categories i 12 subcategories: 1. Tria de la participació activa en la RCP (77%): on un 90% ha decidit estar present, mentre que un 10% ha decidit abandonar per protegir-se. 2. Comunicació sanitaris-familiars (90%): el 47% d'aquests rep informació contínua i un 17% reconeix haver estat o no satisfet. 3. Percepció de la mort (77%): d'aquests el 67% observa i avalua la mort del pacient abans de l'arribada de l'equip i un 33% pren consciència de la mort durant el procés. 4. Experiència i sensació dels familiars presents o no (87%): dels presents un 23% estaven tranquils per veure que el pacient no va patir i un 23% defineix aquest procés negativament i agressivament. El 17% no se'ls va permetre la presència, sentint-se exclosos per no poder acomiadar-se.	La presència dels familiars té efectes beneficiosos a nivell de percepció (de la mort), cognició (suport i comunicació amb l'equip) i emocions (procés traumàtic i sensació de descans). Poder formar part del procés ajuda a enfrontar un dol traumàtic (efecte protector).
Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the	de Mingo-Fernández, E; Belzunegui-Eraso, Á; Jiménez Herrera, M	Estudi quantitatiu. De cohorts N= 237 professionals de la	Adaptar i validar a l'espanyol l'escala de risc-benefici de presència familiar i d'autoconfiança. A més, saber les	En analitzar els resultats de l'escala obtenim que: - El 46% pensa que ha de ser el metge qui decidisca sobre la presència familiar, el 26% restant creu que hauria de fer-ho el pacient. - El 66% dels professionals opina que la presència hauria de constar al document de voluntats anticipades.	La possibilitat d'estar present a la RCP varia depenent de la cultura i el sistema sanitari. Actualment, hi ha un relleu generacional on es veu una tendència a promoure la presència familiar, quan el

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument	2021 Espanya	salut. N ₁ = 167 infermeres N ₂ =70 metges	opinions d'aquesta, dels professionals sanitaris (procedents de diferents serveis)	<ul style="list-style-type: none"> - Troben 3 motius per no permetre la presència: impacte emocional (42%), temor a actituds contràries dels familiars (25%) i desconfiança i pressió per treballar (22%). - Per contra, els 3 motius per a acceptar-la són: demanda dels propis familiars (21%), veure que s'ha fet tot el possible (20%) i acompanyament (17%). - Tan sols en el 5% dels casos es proposa la presència. - Major predisposició a la presència per part d'infermeria. 	personal és jove i té una menor experiència professional.
Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions	de Mingo Fernández, E; Medina Martín, G; Jímenez Herrera, M 2021 Espanya	Estudi qualitatiu N= 18 familiars i pacients que tenen alguna relació amb la presència familiar. N ₁ = 10 familiars N ₂ = 8 pacients	Saber les experiències i desitjos dels participants pel que fa a la presència familiar en processos invasius i RCP.	<p>Dels resultats s'obtenen 3 categories:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coneixement: durant el procés estar acompanyats per un professional els ajuda a adaptar-se a la situació. 2. Respecte pels drets del pacient: es troben dues subcategories (dret de la presència i el paternalisme). 3. Acompanyament: dona suport emocional i tranquil·litat, tant al pacient com a la família. Es distingeixen 3 subcategories: suport emocional, coratge i confiança. 	Pels familiars i els pacients és positiu estar presents durant els processos i participar en la presa de decisions, ajudant en el suport emocional. A més, cal destacar que es tracta d'un dret ètic dels pacients, però a la pràctica ni tan sols es dona l'oportunitat.
Impact of family presence during cardiopulmonary resuscitation on team performance and perceived task load: a	Willmes, M; Sellmann, T; Semmer, N; Tschan, F; Wetzchewald, D; Schwager, H; Russo, SG; Marsch, S	Estudi quantitatiu. Casos i controls N= 1058 metges. Divisió en equips de 3-4 persones:	Descobrir les conseqüències i l'estrés de l'equip sanitari en la qualitat de la RCP.	<p>Es poden observar 3 tipus de resultats:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobre els participants: els grups amb líder van tenir el mateix nombre d'interaccions amb la família que aquells que no estaven liderats, encara que les d'aquests últims van ser més llargues (30% del temps de simulació interactuant vs. el 23%, dels primers). 	Els grups que van interactuar amb els familiars, van tindre un major estrés, reflectits en la frustració, demandes temporals i mentals, encara que aquests factors no van influir negativament en la qualitat de la RCP, tot i usar aproximadament un 30% del

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
prospective randomised Simulator-based trial	2022 Alemanya	N= 318 equips de metges N ₁ = 160 equips amb presència familiar N ₂ = 158 equips control (sense família)		<ul style="list-style-type: none"> - Resultats primaris: no va haver-hi variació del temps de simulació pràctic entre el grup control (89%) i el de presència (88%). - Resultats secundaris: els equips amb presència familiar van mostrar puntuacions més elevades per a la frustració (45% vs. 60%), demanda temporal (70% vs. 75%) i demanda mental (70% vs. 75%). En canvi, no es van observar diferències en la demanda física (60% vs 65%), l'esforç (65% vs. 70%) i el rendiment de l'equip (70% vs. 70%). Encara que en el lideratge es presenta una disminució de la demanda mental d'un 5%. 	temps en interactuar amb la família.
Nurses' perception and self-confidence of family presence during cardiopulmonary resuscitation in Saudi Arabia	Alhofaian, A; Almuntashiri, SM; Bamufleh, MH; Al-Faraj SA; Alharbí, SA; Tunsí, A; Alaamri MM 2023 Aràbia Saudita	Estudi quantitatiu. De cohorts N= 147 infermeres de l'hospital saudita KAUH	Analitzar l'autoconfiança de les infermeres d'Aràbia Saudita en presència de familiars durant la RCP.	<p>Dintre dels resultats trobem que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 85'7% dels participants no han oferit mai la possibilitat d'estar present. - El 80'3% d'aquests, no permetria la presència dels familiars, per contra, el 19% restant l'ha permessa. - Dels ítems tractats als quals se'ls dona major importància són: administració de fàrmacs, desfibril·lació, compressions toràciques, comunicació entre l'equip i la dignitat del pacient; deixant al darrere els ítems espirituals, emocionals i el seguiment del dol. - Les infermeres que han permès la presència són les que destaquen els avantatges d'aquesta. 	S'ha de promoure un pla educacional per fer entendre quins són vertaderament els riscos i beneficis de la presència, ja que les infermeres que ho fan són les que tenen major confiança en elles mateixes, i són, la minoria. Aquestes, remarquen els nombrosos avantatges, com reduir l'ansietat familiar i afrontar el dol.
Parents' and healthcare	Ghavi, A; Hassanki, H; Powers, K;	Estudi qualitatiu.	Conèixer la vivència dels pares	Es distingeixen 4 categories diferents:	S'ha de promoure l'atenció centrada en la família, per poder

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
professionals' experiences and perceptions of parental readiness for resuscitation in Iranian paediatric hospitals: a qualitative study	Arshadi-Bostanabad, M; Namdar Areshtanab, H; Heidarzadeh, M 2022 Iran	N= 23 professionals i pares. N ₁ = 10 pares i mares. N ₂ = 13 professionals (8 infermeres i 5 metges).	i professionals respecte a la preparació per la RCP pediàtrica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consciència (acceptació i conseqüències de la RCP; informació actualitzada i el pronòstic del xiquet): facilitar informació als pares de manera contínua ajuda a entendre la situació i preparar-se pel desenllaç, ja que no fer-ho provoca malestar. 2. Desorganització de la informació (falta de responsabilitat d'informar; informació selectiva; obtenció d'informació): s'ha de saber donar la informació, és a dir, a qui es dona i qui la dona, com es dona i en quin moment els dona, sense ocultar cap aspecte. 3. Informació situacional (informació verídica, informació apàtica; informació com individu; dualisme en culpabilitzar; seguretat als pares; presència dels pares per entendre la situació): es produeix una falta d'empatia en transmetre la informació, ja que es culpabilitza als pares per protegir-se els sanitaris. S'ha de proporcionar confiança i no fer falses esperances sobre l'estat. 4. Necessitats psíquics i espirituals (poder sobrenatural; ajuda d'un psicòleg); compartir emocions; compartir records): s'ha de tenir en compte aquests aspectes, ja que creen un benestar als pares, ajudant així a l'acceptació del pronòstic. 	preparar als pares per a afrontar el moment de crisi. Per això, s'ha de donar informació clara, adaptada, actualitzada i confidencial; i a banda, també s'ha de tenir en compte necessitats com l'espiritualitat i suports psicològics. Per part dels professionals cal organitzar la transferència d'informació i fomentar el vincle amb família i pacient.
Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar:	Tíscar-González, V; Gastaldo, D; Moreno-Casbas, MT; Peter, E;	Estudi qualitatiu.	Avaluar la percepció de la RCP presenciada, en pacient adult,	S'identifiquen les següents categories: <ol style="list-style-type: none"> 1. Impacte d'actuació: per una banda, està la visió dels familiars, que pensen que observar la RCP augmenta el seu patiment i és traumàtic. Per l'altra banda, els 	La RCP està influenciada pel model sociocultural, així doncs, s'ha de valorar cada cas individualment. S'ha de promoure

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
perspectives de pacients, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco	Rodríguez-Molinuevo, A; Gea-Sánchez, M 2018 Espanya	N= 26 familiars, pacients i professionals. N ₁ = 13 infermers. N ₂ = 5 metges. N ₃ = 8 (6 familiars i 2 pacients)	des del punt de vista de familiars, pacients i professionals sanitaris.	professionals sanitaris opinen que és beneficiós pel procés de dol estar present. En el que coincideixen és en què el familiar necessita l'acompanyament d'un professional per entendre el procés. 2. Responsabilitat ètica i legal: els professionals eviten la presència familiar per no ser acusats d'una mala praxi. A més, els familiars poden interferir en les tècniques i obligar els professionals a realitzar un "slow code". 3. Poder hospitalari: aquest el tenen els professionals, ja que són els que decideixen com realitzar la RCP, per contra, als domicilis és la família la que es troba al seu terreny. Les creences i valors socials mostren que hi ha una negació col·lectiva de la mort, perquè no donen opció a estar present.	també, la presa de decisions conjuntes entre pacients i familiars.
Relatives' Presence During Cardiopulmonary Resuscitation	Enríquez, D; Mastandueño, R; Flichtentrei, D; Szyld, E. 2017 Argentina i altres països de Sud Amèrica	Estudi quantitatiu. De cohorts N= 3131 metges sud-americans. N ₁ = 1286 metges argentins. N ₂ = 1848 metges d'altres països sud-americans.	Saber i ampliar coneixements sobre la presència de familiars en la RCP a Argentina i països sud-americans.	Amb els resultats s'ha obtingut que: <ul style="list-style-type: none"> - El 77% dels metges argentins i el 80,2% dels sud-americans, no donen opció als familiars a estar presents. - Dintre les causes de per què ho fan es troben: mal-interpretació d'accions i paraules, hi ha risc de complicacions, reaccions desconegudes, interferències negatives, la població llatina no manté la calma, pressió per als reanimadors i temor a ser denunciats. 	La RCP és una pràctica on freqüentment no s'ofereix la possibilitat d'estar present. S'han de fer una major recerca sobre el tema, adaptat a la cultura, per poder establir unes directrius i així satisfer les necessitats tant dels pacients i familiars, com dels propis professionals.

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
The witness of the patient's relatives increases the anxiety of the physician, but decreases the anxiety of the relatives of the patient	Celik, C; Celik, GS; Buyukcam, F. 2021 Turquia	Estudi quantitatiu. De cohorts N= 100 familiars i professionals sanitaris de pacients que van a la sala de reanimació.	Esbrinar l'ansietat de familiars i professionals mitjançant testimonis dels primers.	Després de l'anàlisi de les dades s'obtenen les següents dades: <ul style="list-style-type: none"> - La puntuació EVA d'ansietat del personal sanitari va ser de $4'37\pm 2'5$, essent menor la de les infermeres ($4'1\pm 2'1$) i la major la dels metges consultors ($6'4\pm 3'6$). - Per al grup presenciats l'ansietat va ser de $5'1\pm 2'8$, i la dels que no estaven presents va ser menor ($3'5\pm 1'8$). - En el 42% de les intervencions presenciades els sanitaris van tindre pensaments positius, mentre que el 58% s'oposà a la presència. - Dintre el grup que no va estar present el 71'4%, quan se'ls va preguntar, va admetre que voldria estar present. 	Es pot observar que per als familiars estar presents durant la RCP disminueix la seua ansietat, encara no d'una manera significativa. Per contra, el personal mèdic mostra un augment de l'ansietat significatiu quan la intervenció és presenciada, ja que senten una major responsabilitat.
What the curtains do not shield: A phenomenological exploration of patient-witnessed resuscitation in hospital. Part 1: patients' experiences	Fiori, M; Latour, JM; Endacott, R; Cutello, CA; Coombs, M 2022 Regne Unit	Estudi qualitatiu. N= 18 pacients que han presenciats una RCP.	Conèixer les vivències dels pacients hospitalitzats que han presenciats una RCP d'algun altre pacient.	Es poden extreure 3 categories distintes i 6 subcategories: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentir-se exposat a la RCP (sentir-se "estancat" i la seguretat): en primer lloc, es van sentir exposats i no sentien seguretat darrere de les cortines. Després del procés, senten una major confiança amb els professionals, ja que han fet tot el possible. 2. Afrontament de la presència (impacte emocional i estratègies d'afrontament): si hi havia una relació amb el pacient al qual es feia la RCP, s'observava un impacte emocional; mentre els que no tenien relació no tenia cap petjada emocional. 3. Suport del personal (informació i tranquil·litat, i parlar del succés de RCP): els pacients comenten la necessitat de rebre suport per part d'una infermera, per estar tranquils i tindre major control de la situació. 	S'han d'adaptar tant les mesures arquitectòniques com les del personal. És necessari un lloc on poder traslladar aquells pacients que no volen estar presents. També és important el paper dels professionals, ja que necessiten a algú que els informe i conscienci sobre el que passa.

Títol	Autoria Any País	Disseny d'estudi Mostra	Objectiu	Resultats	Conclusions
				En fer-se el seguiment, després d'aquesta entrevista, es mostra major predisposició dels participants a parlar sobre el tema.	
What the curtains do not shield: A phenomenological exploration of patient-witnessed resuscitation in hospital. Part 2: Healthcare professionals' experiences	Fiori, M; Coombs, M; Endacott, R; Cutello, CA; Latour, JM 2022 Regne Unit	Estudi qualitatiu. N=20 professionals de la salut. N ₁ = 9 infermeres titulades. N ₂ = 4 assistents sanitaris. N ₃ = 7 metges.	Conèixer les experiències i suport dels professionals, als pacients que presencien la RCP d'un company.	En fer l'anàlisi, es desenvolupen 3 temes i 6 subtemes: 1. Protegir als pacients de presenciar la RCP (protecció de cortines i comunicació): fan ús de les cortines per "protegir" els altres pacients, encara que saben que han de parlar amb ells. Els professionals reconeixen la responsabilitat de comunicar-se amb ells encara que presenten certes dificultats per fer-ho (confidencialitat, manca d'informació i habilitats de comunicació pobres). 2. Impacte de l'experiència de RCP (reaccions emocionals i estratègies d'afrontament dels professionals): s'entén que és una situació estressant per al pacient, per això s'ha de mantenir el benestar d'aquests i donar-los suport després del procés traumàtic. 3. Suport als pacients presents (cuidatge del benestar i prioritització de l'atenció): tots coincideixen que el personal d'infermeria, i de vegades el metge responsable, és el més indicat per oferir suport emocional al pacient i així, poder aconseguir el seu benestar. Aquest suport hauria de ser una tasca prioritària, com ho és la RCP, encara que hi ha una manca de professionals.	Es poden observar certes limitacions a l'hora de comunicar-se. S'haurien d'implementar pràctiques d'informació i suport per al personal, per poder enfortir tècniques de comunicació.

6.3. Nivells d'evidència i CASPe

Article	Nivell d'evidència	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Criteris de qualitat CASPe
(De Stefano et al., 2016)	4	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	-	9/10
(de Mingo Fernández, Belzunegui Eraso, et al., 2021)	2b	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	9/11
(de Mingo Fernández, Medina Martín, et al., 2021)	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	10/10
(Willmes et al., 2022)	3b	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11/11
(Alhofaian et al., 2023)	2b	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	9/11
(Ghavi et al., 2022)	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	10/10
(Tíscar-González et al., 2019)	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	-	9/10
(Enriquez et al., 2017)	2b	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	8/11
(Celik et al., 2021)	2b	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	7/11
(Fiori, Latour, et al., 2022)	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	10/10
(Fiori, Coombs, et al., 2022)	4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	10/10

Taula 9. Elaboració pròpia. Font: (CASPe, 2022; Howick, 2009): annex 1.

7. Discussió:

Després de realitzar un anàlisi de la bibliografia seleccionada i usada per al desenvolupament del present treball, s'observa que hi ha una sèrie de factors que influeixen de manera positiva i/o negativa en la presència familiar durant el procés de RCP.

7.1. Preparació dels familiars i professionals

La RCP és un procés sobtat, que causa grans problemes psicològics, no sols per als familiars, sinó que també per als professionals; és per això, que s'han de prioritzar les habilitats comunicatives, aconseguint el benestar emocional d'ambdós.

Segons (Ghavi et al., 2022), els pares dels xiquets amb un risc de parada, que tenen consciència del mal estat de salut del seu fill, presenten un maneig eficaç de la situació de crisi, i si es dona el cas, del procés de dol. Altres autors com (Fiori, Latour, et al., 2022), mostren l'exposició obligada dels pacients a la RCP d'un altre company, amb una única separació per cortines. Aquest fet causa frustració als presents, ja que no reben cap informació del procés que s'està realitzant al company, i a més, el viuen tancats, causant-los un distanciament de les emocions. Els dos autors mencionats comparteixen la idea de la necessitat de rebre la informació completa, sense cap tipus d'omissió per part dels professionals. Des del punt de vista d'aquests, s'ha de prioritzar al pacient que està en parada, encara que són conscients que l'entorn necessita informació actualitzada. Així i tot, s'oculta i es dona la informació de manera "protectora" adoptant una actitud paternalista. Els participants de l'estudi de (Fiori, Coombs, et al., 2022), mencionen la necessitat de rebre suport i estratègies d'afrontament, per part d'un professional dedicat a l'entorn i/o familiars, encara que no hi ha recursos disponibles.

És per això que cal respectar les estratègies d'afrontament, com l'espiritualitat, i millorar les habilitats comunicatives per tal de poder preparar-los per a la situació de crisi. S'ha de donar espai llibertat a la seua expressió.

7.2. Ètica de la RCP

Pel que diu (de Mingo Fernández, Medina Martín, et al., 2021), la presència dels familiars és un dret ètic, i per tant s'han de fer partícips a aquests, o almenys donar l'oportunitat d'estar presents. Per contra (de Mingo Fernández, Belzunegui Eraso, et al., 2021), els entrevistats opinen, en el 67% dels casos, que ha de ser el metge qui decidisca qui està present o no. Per

clarificar aquest assumpte proposen incloure al document de voluntats anticipades, el desig de què els propis familiars estiguen presents, promovent així el principi d'autonomia del pacient. Per a (Tíscar-González et al., 2019), els professionals mostren major estrés i inseguretats quan els familiars estan presents durant la RCP, ja que senten pressió per no ser culpabilitzats per una mala praxi. Amb aquest pensament sorgeix el terme "Slow Code", que es defineix com la pràctica innecessària de RCP a un pacient no reanimable. Amb aquesta intervenció s'està potenciant el model paternalista i creant conflictes ètics.

En conclusió, dintre el model biomèdic el poder està centrat en els professionals. Per tant, aquests són els que prenen les decisions pels propis pacients. Actualment és el més acceptat pels sistemes sanitaris, encara que cal destacar que s'està produint un canvi i està donant-se major importància a les habilitats comunicatives per donar el suport necessari, intentant evitar la influència del poder sanitari.

7.3. Visió cultural

Dintre de les diferents cultures es troben diferències en els valors i les creences, que afecten directament en la presa de decisions dels individus. (de Mingo Fernández, Belzunegui Eraso, et al., 2021), dintre la cultura europea, fa referència al fet que l'acceptació de la presència depèn dels factors culturals i religiosos, tant de la família com dels professionals. Per als participants d'aquest estudi, està socioculturalment assumit que és el propi metge i/o professionals, els que han de prendre la decisió sobre la presència de la RCP. Parlant en un context cultural molt diferent de l'anterior, es pot destacar a (Ghavi et al., 2022), aquest es desenvolupa dintre la cultura iraní, es realitza una transferència d'informació incorrecta, ja que de vegades la informació passa dels professionals als amics o familiars abans que als propis pares. Fins i tot, s'arriba al punt d'ocultar la informació a la mare per "protegir-la", amb la conseqüència de no estar preparada per al desenllaç de la situació. Cal destacar que la majoria dels participants eren dones, perquè la presència d'homes als hospitals iranians és molt limitada. Finalment (Enriquez et al., 2017), mostra la necessitat de crear guies i directrius que dirigeixen l'afrontament dels familiars presents, per part dels professionals a mode d'ajuda, ja que aquests no animen a la presència.

Així doncs, no s'ha de generalitzar l'aspecte cultural, s'ha d'individualitzar i adaptar a les necessitats de cada pacient i família.

7.4. Beneficis i desavantatges de la presència familiar

Durant la recerca s'han pogut observar els distints factors que afecten el fet de poder estar presents durant la RCP d'un familiar; és així, que molts dels treballs citats coincideixen en aquest punt.

Per a (Willmes et al., 2022), la presència dels familiars no afecta els professionals en el seu esforç, rendiment i demanda física, però, aquests presenten una major frustració i es veu més afectada la demanda mental i temporal. Fent referència als familiars (de Mingo Fernández, Medina Martín, et al., 2021), destaca com a punts positius que aquests han d'estar informats de manera actualitzada, han de ser tractats des del respecte i humanitat, han de poder participar en la presa de decisions i tenir l'oportunitat d'estar presents, ja que és un dret. En canvi, com a punts negatius destaquen la pressió imposada als professionals, les interpretacions errònies i especialment, el temor d'enfrontar-se a un procés altament traumàtic i intervencionista, com ho és la RCP. A més (De Stefano et al., 2016), afegeix la necessitat de tenir un "professional de referència" per fer el seguiment del cas, evitant així el sentiment d'exclusió; a més destaca que la participació activa en el procés és un factor protector al dol traumàtic. A l'estudi de (Celik et al., 2021) es va quantificar l'ansietat dels professionals i familiars. Com a resultat d'aquest estudi es va obtenir que el 42% va estar d'acord amb la presència, després d'haver-la permesa, mentre que el 58% es va oposar per complet. Pel que fa a l'EVA dels professionals va augmentar considerablement l'ansietat als grups presenciats; i el dels familiars es va reduir.

Els diferents autors comparteixen la idea que no té cap efecte perjudicial en la qualitat de la RCP, i que els efectes beneficiosos són majors.

7.5. Model infermer i RCP

Segons Watson, el cuidatge està basat en 4 ítems: infermera (les persones no es poden separar del seu entorn), persona (importància del cuidador; unitat de cos, esperit i naturalesa), salut (individualitat) i entorn (valors i creences). A l'hora de posar-ho en pràctica als entorns sanitaris, aquest model no està reflectit, ja que predomina la influència paternalista.

Segons (Alhofaian et al., 2023), el 80'3% dels professionals no permetria que un familiar estigués present durant les maniobres de RCP, per tant, separa al pacient del seu entorn. En canvi, per part del personal d'infermeria la inclusió dels familiars fa que senten una major comoditat.

Aquest model, també el reflecteix (de Mingo Fernández, Medina Martín, et al., 2021), on tan sols el 5% ofereix la possibilitat d'estar presents durant aquest procés. Accentuant més aquest model paternalista els professionals, especialment metges, d'aquest estudi mencionen que no ofereixen la presència pel bé del pacient i dels familiars. Per sumar evidència d'aquest model (Enriquez et al., 2017), esmenta que els professionals argentins i sud-americans no ofereixen aquesta possibilitat, encara que el 23% d'argentins i el 19'8% de sud-americans, sí que la donen i reconeixen la seua eficàcia.

Aquest és un dels majors reptes de futur, ja que a tots els estudis analitzats predomina la separació de l'entorn del pacient, potenciant així el model paternalista. Tan sols 1 dels registres (de Mingo Fernández, Belzunegui Eraso, et al., 2021), comenta que està havent-hi un relleu generacional, que canviarà aquests fets. Tot i això, cal destacar que el paternalisme segueix vigent, i per part dels professionals no es mostra una tendència de canvi cap a la inclusió de l'entorn del pacient.

8. Conclusió:

- S'ha observat que **preparar als familiars** per a la crisi del pacient els ajuda a fer front a aquesta situació. El suport dels professionals i la transparència en la transferència de la informació fan que tinguen una major consciència de l'estat de salut i puguin fer front d'una manera més eficaç.
- Per part dels professionals s'ha descobert que hi ha una tendència a **ocultar informació** a la família, per tant, es donen visions poc realistes sobre la situació del pacient. Especialment en pacients pediàtrics, on els pares es fan falses esperances.
- S'han pogut veure nombrosos **beneficis** de la presència familiar a la RCP, especialment per als familiars, ja que entenen quina és la complexitat de la situació. D'entre aquests es pot destacar: la protecció contra el dol traumàtic; la no afectació en la qualitat de la RCP; el compliment del dret a estar present; el fet de poder saber què passa; l'afavoriment de la presa de decisions; i, major tracte humà amb el pacient i el seu entorn.
- Al mateix temps, cal destacar els **efectes negatius** que té aquesta presència, tant per als familiars com per als professionals, encara que són més notoris en aquests últims. Cal fer menció a: la frustració per als professionals; sentiment d'exclusió per part dels familiars; comunicació per part dels professionals afectada; els professionals senten

major estrés, ja que es senten observats i analitzats; tendència a interpretacions errònies; intervencions traumàtiques; falta de guies i directrius per la presència de familiars.

- Les **consideracions ètiques** són importants i complexes pel tema que s'abraça. Ja que s'ha d'integrar als participants, o almenys donar l'oportunitat de triar si volen estar presents. A més, s'ha de tenir en compte la presa de decisions i desitjos del propi pacient, deixant de banda els interessos dels professionals sanitaris.
- Des del punt de vista **sociocultural**, el procés de la RCP és canviant. A Europa, es pot observar certa tendència a un nou model que contempla la presència familiar. Per contra, als països Orientals i Sud-amèrica predomina el model paternalista, on no hi ha lloc pels familiars i de vegades, es suprimeix informació de l'estat real dels pacients. Com es pot observar varia des de la transmissió de la informació, poc clara, fins a la decisió de participar activament en les decisions de la RCP.
- Hi ha un consens general que accepta la **creació de guies i directius** per tal de saber com i quan es pot oferir la presència familiar, això sí, adaptant-les a les diferents cultures.
- Els professionals amb una **major taxa d'acceptació són les infermeres**, mentre que els que menys ho accepten són els metges. Aquestes xifres augmenten lleugerament amb el personal que està a l'àmbit pediàtric.
- Encara està actiu el **vessant paternalista**, perquè no s'ofereix poder estar present a la RCP d'un familiar.
- La presa de la decisió de la presència familiar en la RCP ha d'estar **individualitzada** seguint els valors, creences i característiques socioculturals de la persona atesa.

A tall de cloenda, s'ha de remarcar la importància de formar als professionals sanitaris i fer educació per poder donar a conèixer què és aquesta tècnica i els beneficis, i també riscos, de què els familiars acompanyen en el procés de la RCP a un pacient. De part dels professionals, s'ha d'evitar l'actitud paternalista, i en el seu lloc, promoure la participació de l'entorn de la persona, donant així una atenció més humanitzada i individualitzada.

9. Limitacions de l'estudi:

Durant la realització d'aquest estudi, una de les limitacions que ha aparegut principalment és la manca d'estudis enfocats al pacient pediàtric. A més, moltes de les troballes estan enfocades als processos invasius en lloc de la tècnica de la RCP. Així doncs, s'ha hagut d'ampliar la mostra del present estudi a tota classe de pacient que precise una RCP.

Una altra limitació que s'ha trobat és que gran part dels articles estudiats són de caràcter internacional, i no nacional. Com s'ha esmentat, la RCP és un procés en part cultural; per tant, s'haurien de realitzar estudis a l'àmbit que ens trobem.

En últim lloc, s'ha observat que hi ha un buit d'informació que relacione l'estudiat. També, cal destacar la dificultat de posar en marxa aquesta pràctica en l'actualitat. Per al futur, cal incloure el paradigma de la transformació, i observar quin és el canvi.

10. Implicacions futures a la pràctica infermera i línies de futur:

Actualment, es continua potenciant el model paternalista separant així el pacient del seu propi entorn. Encara que està havent-hi un relleu generacional, aquest fet suposa un repte per al futur, ja que, per part del personal sanitari hi ha certa evitació a la inclusió del que envolta al pacient en aquest tipus de processos com el tractat, la RCP.

En primer lloc, per entendre aquesta actitud dels professionals, hem d'anar fins a la seua arrel: el model biomèdic i el model biopsicosocial. El primer es basa en la integració dels fenòmens clínics, és a dir, es centra en la malaltia i no en la persona. Dintre aquest model la malaltia és concebuda com a unicausal, sols té una causa; i, la persona està dissociada en ment i cos, essent aquest últim el que diagnostiquen i curen. Aquest model al sistema sanitari actual està representat pels metges, que són els que la major part de les vegades adopten el vessant del model biomèdic del paternalisme amb els pacients. Per contra, el model biopsicosocial, es basa en la persona i en la malaltia, envoltant tots dos; tenint en compte, tant els aspectes biològics com emocionals, culturals i els psicosocials. A més, aquest model és multicausal englobant tot el procés de la persona atesa (Elío-Calvo, 2023).

L'escola del Caring, consisteix a ajudar i afavorir a la persona amb els seus valors, creences, cultura i forma de vida, respectant-los. El principal concepte del Caring és el cuidatge i la cultura,

orientant-se cap al paradigma de la transformació. Aquest estudi està caracteritzat pel paradigma de la transformació, i per poder formar part de tot el procés amb el pacient i la seua família. Per continuar amb tot el que envolta a la persona atesa, hem de deixar de banda el model biomèdic.

Per últim, cal destacar que per a les línies futures d'investigació s'ha de conscienciar els professionals sanitaris, víctimes del model biomèdic, sobre la importància dels models transformatius i els beneficis i riscos que aquests tenen. El personal sanitari més conscienciat amb aquest canvi és infermeria, encara que aquesta també té una base biomèdica. Com s'ha esmentat, la base del cuidatge és la família, i les intervencions infermeres tot sovint les inclouen i fan que tinguen un pes important en allò que està passant al familiar, provocant majoritàriament efectes beneficiosos en les persones ateses.

11. Bibliografia:

- Alhofaian, A., Almontashiri, S., Bamufleh, M., Al-Faraj, S., Alharbi, S., Tunsi, A., & Alaamri, M. (2023). Nurses' perception and self-confidence of family presence during cardiopulmonary resuscitation in Saudi Arabia. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 320. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1845_22
- Barranco Martos, A., & Vargas Fernández, D. (2010). Tema 40. Parada cardio-respiratoria. En *Tutorial de enfermería*. (Vol. 3, p. 17-80). Publicep.
- Boqué-Oliva, M. C. (2021). Reanimación cardiopulmonar presenciada por los familiares. Estudio para implementar un programa RCP-PF en un hospital. *Revista de Bioética y Derecho*, 53, 57-80. <https://doi.org/10.1344/RBD2021.53.33694>
- Carlos, J., Millán, C., Consuelo Agudelo Acosta, S., & Carrillo, M. (2015). Manejo del paciente pediátrico en paro cardiorrespiratorio en el servicio de urgencias. *Universitas Medica*, 56(2), 186-199. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231040432007>
- CASPe. (2022). Instrumentos para la lectura crítica. En *CASPe*.
- Celik, C., Celik, G. S., & Buyukcam, F. (2021). The witness of the patient's relatives increases the anxiety of the physician, but decreases the anxiety of the relatives of the patient. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 28(6), 338-345. <https://doi.org/10.1177/1024907919860632>
- CTO. (2012). Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. *Manual CTO*, 1-14.
- de Asmundis, C., & Brugada, P. (2013). Epidemiología de la muerte súbita cardiaca. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 13, 2-6. [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(13\)70060-8](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(13)70060-8)
- de Mingo Fernández, E., Belzunegui Eraso, Á., & Jiménez Herrera, M. (2021). Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument. *BMC Health Services Research*, 21(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06180-2>
- de Mingo Fernández, E., Medina Martín, G., & Jiménez Herrera, M. (2021). Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nursing Ethics*, 28(5), 645-655. <https://doi.org/10.1177/0969733020968171>
- De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P.-G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., & Adnet, F. (2016). Family Presence during

- Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLOS ONE*, 11(6), e0156100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>
- Elguea Echavarría, P. A., García Cuellar, A., Navarro Barriga, C., Martínez Monter, J., Ruiz Esparza, M. E., Esponda Prado, J. G., Elguea Echavarría, P. A., García Cuellar, A., Navarro Barriga, C., Martínez Monter, J., Ruiz Esparza, M. E., & Esponda Prado, J. G. (2017). Reanimación cardiopulmonar: manejo de las H y las T. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(2), 93-100. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000200093&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Elío-Calvo, D. (2023). LOS MODELOS BIOMÉDICO Y BIOPSIICOSOCIAL EN MEDICINA BIOMEDICAL AND BIOSYCHOSOCIAL MODELS IN MEDICINE. *Rev Med La Paz*, 29(2).
- Enriquez, D., Mastandueno, R., Flichtentrei, D., & Szyld, E. (2017). Relatives' Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. *Global Heart*, 12(4), 335. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.01.007>
- Fiori, M., Coombs, M., Endacott, R., Cutello, C. A., & Latour, J. M. (2022). What the curtains do not shield: A phenomenological exploration of patient-witnessed resuscitation in hospital. Part 2: Healthcare professionals' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2596-2607. <https://doi.org/10.1111/jan.15219>
- Fiori, M., Latour, J. M., Endacott, R., Cutello, C. A., & Coombs, M. (2022). What the curtains do not shield: A phenomenological exploration of patient-witnessed resuscitation in hospital. Part 1: patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 2203-2213. <https://doi.org/10.1111/jan.15184>
- García Herrero, M. Á., González Cortés, R., López González, J., & Aracil Santos, F. J. (2011). La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial a las urgencias y emergencias pediátricas. *Pediatría Atención Primaria*, 13(20), 197-210. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000400022&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ghavi, A., Hassankhani, H., Powers, K., Arshadi-Bostanabad, M., Namdar Areshtanab, H., & Heidarzadeh, M. (2022). Parents' and healthcare professionals' experiences and perceptions of parental readiness for resuscitation in Iranian paediatric hospitals: a qualitative study. *BMJ Open*, 12(5), e055599. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055599>

- Gómez Castro, A. (2016). Papel de enfermería durante procedimientos invasivos de pediatría en presencia de los padres. En *Congreso Enfermería*.
- Howick, J. (2009, març). *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence*. CEBM.
- Huerta-Torrijos, J., Díaz Barriga-Pardo, R., & García-Martínez, S. A. (2001). Reanimación cardiopulmonar y cerebral. Historia y desarrollo. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 15(2), 51-60. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2001/ti012d.pdf>
- Lencero Carretero, B., & Orrala Aules, G. (2019). *Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de las enfermeras de urgencias ante el proceso de la RCP* [Treball fi de grau]. Universitat Rovira i Virgili.
- López González, Á. (2011). *Reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica (Según criterios del European Resuscitation Council)* (E. Rovira Gil, Ed.) [Book]. Difusión Avances de Enfermería DAE, SL.
- López-Herce Cid, J., Carrillo Álvarez, Á., & Manrique Martínez, I. (2022). *Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal* (6a ed.). Grupo Español de reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal.
- López-Herce Cid, M. D. (2021). Cuestiones éticas en RCP. *MetroCiencia*, 21(1), 5-10.
- Luis Cereceda, G. (2011). Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 369-376. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70437-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70437-0)
- NIH. (2022, maig 27). *Paro cardíaco. Causas y factores de riesgo*. National heart, Lung, and Blood Institute (NIH). <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/paro-cardiaco/causas>
- NIH. (2024). *MeSH-NCBI*. NIH. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>
- Norma Raúl, M. D. (2021). Aspectos de RCP pediátrico pre-hospitalario. *MetroCiencia*, 29(1), 43-48.
- Obisike Martín, V. L. (2015). *Evolución de las maniobras de RCP básicas a lo largo del tiempo: una historia ligada a la humanidad* [Trabajo fin de grado]. Universidad de Valladolid.
- OPS. (2024). *DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud*. Biblioteca virtual en salud. <https://decs.bvsalud.org/es/>
- Palomares González, L., Hernández Caravaca, I., Gómez García, C. I., & Sánchez-Solís de Querol, M. (2023). Presencia de los padres durante procedimientos pediátricos invasivos: ¿De qué depende? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3827>

- Perkins, G. D., Graesner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., Boccuzzi, A., Böttiger Roman Burkart, B., Carli, P., Cassan, P., ... Viñas Viña, M. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021 Resum executiu. *European Resuscitation Council*. <https://erc.edu/>
- Puente Alcívar, M. G. (2020). *Perspectiva de familiars y profesionales de la salud sobre la presencia familiar durante una RCP* [Treball fi de grau]. Universitat Rovira i Virgili.
- Ramírez Perdomo, C. A., Rodríguez Vélez, M. E., & Perdomo Romero, A. Y. (2016). El consuelo de María: una enseñanza de cuidado desde la teoría de Watson. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 27-32.
- Rodríguez Núñez, A., López-Herce Cid, J., Hermana Tezanos, M. T., & Rey Galán, C. (2007). Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica. *Anales de Pediatría*, 66(1), 45-50. <https://doi.org/10.1157/13097359>
- Tíscar-González, V., Gastaldo, D., Moreno-Casbas, M. T., Peter, E., Rodríguez-Molinuevo, A., & Gea-Sánchez, M. (2019). Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Atención Primaria*, 51(5), 269-277. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
- Vera Carrasco, O. (2021). Consideraciones éticas en la reanimación cardiopulmonar. *Revista Médica La Paz*, 27(2), 71-79. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000200071&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Willmes, M., Sellmann, T., Semmer, N., Tschann, F., Wetzchewald, D., Schwager, H., Russo, S. G., & Marsch, S. (2022). Impact of family presence during cardiopulmonary resuscitation on team performance and perceived task load: a prospective randomised simulator-based trial. *BMJ Open*, 12(4), e056798. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056798>

12. Annexos:

Annex 1: nivells d'evidència segons el model Oxford.

Nivell	Descripció
A/1a	Revisió sistemàtica (amb homogeneïtat) d'estudis diagnòstics de nivell I o regla de decisió clínica amb estudis 1b de diferents centres clínics.
A/1b	Comparació a doble cec d'un espectre apropiat de pacients consecutius, tots els quals han sigut sotmesos al test diagnòstic i a l'estàndard de referència.
A/1c	Comparació a doble cec d'un espectre apropiat de pacients consecutius, tots els quals han sigut sotmesos al test diagnòstic i a l'estàndard de referència.
B/2a	Revisions sistemàtiques (amb homogeneïtat) de dos estudis diagnòstics de nivell II.
B/2b	Comparació a doble cec, bé en pacients no consecutius o limitats amb un espectre estret de pacients (o amb), tots ells sotmesos al test diagnòstic i l'estàndard de referència; o una regla de decisió clínica no validada mitjançant un test.
B/3a	Revisió sistemàtica d'estudis (amb homogeneïtat) de nivell 3b o superior.
B/3b	Estudis no consecutius o comparació a doble cec d'un espectre apropiat, però en els que no s'ha aplicat un estàndard de referència a tots els pacients de l'estudi.
C/4	No s'ha aplicat un estàndard de referència de forma independent o no es va aplicar amb doble cec.
D/5	Opinió d'expert sense avaluació crítica, explícita o basada en fisiologia, investigació comparativa o "primers principis".

Elaboració pròpia.