



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE IMPULSAN A LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS A RECHAZAR LA PRÁCTICA DE LA REANIMACIÓN PRESENCIADA POR FAMILIARES?

Cristina Jiménez Gracia

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE IMPULSAN A LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS A RECHAZAR LA PRÁCTICA DE LA REANIMACIÓN PRESENCIADA POR FAMILIARES?

Cristina Jiménez Gracia

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Critical care nursing, family presence, FPDR, PCR, Resuscitation, Cardiopulmonary Resuscitation

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo Patricia García Pazo

Nombre Tutor/Tutora (si procede) Patricia García Pazo

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen: En Europa, se producen 0.5-1.0 paradas cardiorrespiratorias (PCR) por cada 1.000 habitantes al año.¹ A pesar de que un 45% de las PCR ocurren en las unidades de cuidados intensivos (UCI) los estudios muestran que las enfermeras de UCI tienen opiniones encontradas sobre el apoyo a la reanimación presenciada lo cual conduce a bajas tasas de implementación.^{2,3}

La evidencia científica sobre la presencia familiar durante la reanimación sugiere que las principales barreras que presentan las enfermeras para implementar esta práctica son la falta de políticas³⁻¹⁰, el miedo a cometer un error^{3,11}, la falta de confianza^{4,5}, la falta de personal^{4,12}, el aumento del estrés del personal^{3-5,7,11}, la preocupación por los efectos emocionales adversos que puedan darse en la familia^{3-5,11,13} y la posible interferencia durante la intervención^{4,5,11,14}. Así mismo, los estudios^{5-7,10-15} muestran que la cultura es un factor determinante como también lo es la educación recibida por las enfermeras por lo que es importante el diseño de estrategias educativas así como la implementación de la figura del facilitador.

Resum: A Europa, es produeixen 0.5-1.0 parades cardiorespiratòries (PCR) per cada 1.000 habitants a l'any.¹ Tot i que un 45% de les PCR ocorren a les unitats de cures intensives (UCI) els estudis mostren que les infermeres d'UCI tenen opinions contràries sobre el suport a la reanimació presenciada, la qual cosa condueix a baixes taxes d'implementació.^{2,3}

L'evidència científica sobre la presència familiar durant la reanimació suggereix que les principals barreres que presenten les infermeres per implementar aquesta pràctica són la manca de polítiques³⁻¹⁰, la por de cometre un error^{3,11}, la manca de confiança^{4,5}, la manca de personal,^{4,12} l'augment de l'estrès del personal,^{3-5,7,11} la preocupació pels efectes emocionals adversos que es puguin donar a la família^{3-5,11,13} i la possible interferència durant la intervenció^{4,5,11,14}. Així mateix, els estudis^{5-7,10-15} mostren que la cultura és un factor determinant com també ho és l'educació rebuda per les infermeres, per això és important el disseny d'estratègies educatives així com la implementació de la figura del facilitador.

Abstract: In Europe, 0.5-1.0 cardiorespiratory arrests (CRAs) occur per 1,000 population per year.¹ Although 45% of CRAs occur in intensive care units (ICUs), studies show that

ICU nurses have conflicting views on support for witnessed resuscitation, leading to low implementation rates.^{2,3}

The scientific evidence on family presence during resuscitation suggests that the main barriers for nurses to implement this practice are lack of policies³⁻¹⁰, fear of making a mistake^{3,11}, lack of confidence^{4,5}, lack of personnel,^{4,12} increased staff stress^{3-5,7,11}, concern about adverse emotional effects on the family^{3-5,11,13} and possible interference during the intervention.^{4,5,11,14} Studies^{5-7,10-15} also show that culture is a determining factor, as is the education received by nurses, which is why it is important to design educational strategies and implement the figure of the facilitator.

Índice

Introducción	7
Justificación	9
Objetivos	9
<i>Objetivo general</i>	9
<i>Objetivos específicos</i>	9
Metodología	10
Resultados	11
Discusión	12
<i>Barreras percibidas</i>	12
<i>Herramientas formativas disponibles</i>	15
<i>Estrategias de implementación</i>	17
Conclusiones	18
Bibliografía	20
Anexos	22
<i>Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica</i>	22
<i>Anexo 2. Artículos seleccionados para la revisión</i>	27
<i>Anexo 3. Diagrama de flujo rol facilitador</i>	28

Introducción

El término reanimación significa revivir o restaurar la vida cuando se encuentra ante una muerte potencial o aparente mediante la respiración artificial y el masaje cardíaco, con la finalidad de mantener las funciones fisiológicas y cognitivas del paciente.²

La presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) se define como la asistencia de la familia en un lugar que permita el contacto visual o físico con el paciente durante los eventos de reanimación y su objetivo es satisfacer las necesidades emocionales de los pacientes y sus familiares.^{3,9,11}

La presencia familiar surge en el año 1983 en el Foot Hospital Michigan en Estados Unidos incorporando el concepto tras invitar a miembros de una familia a asistir a la RCP. En el año 1993, la Emergency Nurses Association (ENA) de los Estados Unidos adopta una resolución que sostiene la opción de la presencia familiar durante la RCP. Así mismo, sostiene la necesidad de mayor investigación sobre la presencia familiar durante la reanimación y apoya el desarrollo e implementación de intervenciones educativas para el personal de cuidados intensivos sobre políticas, prácticas y programas que apoyan la opción de presencia familiar. Con el apoyo de nuevas investigaciones en el campo, en el año 1994, la ENA publica sus políticas escritas defendiendo la opción de la presencia de miembros de la familia durante la RCP y los procedimientos invasivos y en el año 1996 es respaldada por la Resuscitation Council de Reino Unido para su implementación por los profesionales de la salud.^{2,4,13-20}

En el año 2000, la American Heart Association (AHA) y el International Liaison Committee publican sus guías de recomendaciones durante la RCP que abogan por la reanimación presenciada por familiares y recomiendan que se permita la presencia de miembros de la familia durante los intentos de RCP. Del mismo modo, la presencia de familiares durante la RCP está incluida en el manual de soporte vital básico publicado por el European Resuscitation Council.^{2,4,13-20}

En Europa, se producen 0.5-1.0 paradas cardiorrespiratorias (PCR) por cada 1.000 habitantes al año.¹ A pesar de que un 45% de las PCR ocurren en las unidades de cuidados intensivos (UCI), los estudios de Meghani² y Havugitanga y Brysiewicz³ muestran que las

enfermeras de UCI tienen opiniones encontradas sobre el apoyo a la reanimación presenciada lo cual conduce a bajas tasas de implementación.

Según la Teoría de la Enfermería Integral de Florence Nightingale, las enfermeras posibilitan la curación de los pacientes y sus familiares. La curación propiamente dicha no es realizada por parte de las enfermeras sino que acompañan a pacientes y familiares a determinar y alcanzar sus propios potenciales de curación. Este acompañamiento implica la escucha y respeto de los deseos de paciente y familia, hecho que debiese ocurrir en todos los entornos sanitarios.⁵ Sin embargo, es común que en el momento en el que un paciente precisa de RCP los familiares sean excluidos de la zona clínica e informados una vez ha finalizado mermando esta dinámica de acompañamiento familiar.⁵

El cambio de paradigma alcanzado en medicina y enfermería ha pasado de un enfoque paternalista a un trabajo en equipo centrado en el paciente y la familia. Pacientes y familiares forman parte de un punto de vista holístico, siendo un todo grande y complejo en el contexto de la reanimación presenciada donde la familia tiene la expectativa de que les sea ofrecida la opción de presenciar la RCP y piden permiso para estar presentes. Todos estos cambios y desarrollos llaman la atención en lo que se refiere a la implementación y práctica de la reanimación presenciada en los entornos de cuidados intensivos.²

La reanimación presenciada es un ejemplo de atención centrada en la familia en el cual se ponen en práctica los principios de autonomía, sus derechos y los principios de la justicia social acompañados de los beneficios que conlleva para paciente y familia. Entre estos beneficios destacan la disminución del estrés y la ansiedad, la toma de decisiones, el derecho al mantenimiento o cese de la reanimación y la satisfacción de los familiares al poder estar presentes durante el proceso de reanimación.²

Diversos estudios^{2,4,21} respaldan las ventajas de la presencia familiar durante la reanimación. De esta forma la familia se asegura de que se hizo todo lo posible por su ser querido. Además, estas ventajas incluyen que las familias puedan compartir información crítica con el personal sobre el estado del paciente, pueden tener un papel activo apoyando a su ser querido, recibir información en lugar de estar preocupados mientras esperan solos y pueden estar presentes durante los momentos finales para despedirse de su familiar, cosa que ayuda a facilitar el proceso de duelo.^{2,4,21}

Justificación

A pesar de los numerosos beneficios demostrados de la reanimación presenciada y los deseos de los pacientes y familiares la reanimación presenciada sigue siendo una práctica que genera mucha controversia entre los profesionales sanitarios en todo el mundo y los profesionales de la salud están divididos sobre la presencia de los familiares.

La reanimación es una intervención multidisciplinar pero ofrecer e implementar la reanimación presenciada es considerado una práctica impulsada por las enfermeras.¹¹ Por ello, he decidido plantear mi Trabajo de Fin de Grado como una revisión de la literatura que me permita dar respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los motivos que impulsan a las enfermeras de cuidados intensivos a rechazar la práctica de la reanimación presenciada por familiares? Además de poder buscar estrategias de implementación de esta práctica.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los motivos por los cuales el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos rechaza la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar.

Objetivos específicos

1. Describir las barreras percibidas por las enfermeras de cuidados intensivos frente a la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar.
2. Identificar las herramientas formativas disponibles para la implementación de la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar.
3. Identificar las estrategias de implementación de las maniobras de RCP presenciada en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en profundidad del año 2011 al 2021 sobre la percepción de las enfermeras de cuidados intensivos respecto a la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar para poder describir cuáles son los motivos que impulsan a las enfermeras de cuidados intensivos a rechazar esta práctica.

Tras la formulación de la pregunta de investigación, siguiendo la estrategia PICO, se seleccionaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Critical care nursing, Cardiopulmonary Resuscitation, CPR y Resuscitation. Además, se introdujo el descriptor no controlado FPDR que se corresponde con las siglas de “Family Presence During Resuscitation” el cual es un término muy utilizado para denominar este fenómeno.

Las combinaciones llevadas a cabo se realizaron con los operadores booleanos lógicos AND y OR resultando la siguiente combinación para la búsqueda de primer nivel "Critical care nursing" AND ("Family presence" OR FPDR)) y para la búsqueda de segundo nivel: "Critical care nursing" AND ("FAMILY PRESENCE" OR FPDR) AND ("Cardiopulmonary Resuscitation" OR CPR OR Resuscitation).

Para los términos Critical care nursing, Family presence y Cardiopulmonary Resuscitation se utilizó el operador booleano especial colocándolos entre comillas para obtener resultados en los que aparezcan de forma idéntica en el texto con la misma secuencia de palabras.

Se utilizaron los siguientes recursos electrónicos: EBSCOhost, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), PubMed, catálogo plus de la Biblioteca de la Universidad de las Islas Baleares (UIB) y las revistas de enfermería intensiva de la “American Association of Critical-Care Nurses” (AACCN). También se utilizó la técnica de bola de nieve a través de la bibliografía utilizada en algunos de los artículos.

Para realizar la búsqueda se siguieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión (CI)

- ❖ CI 1: Dan respuesta a mis objetivos específicos
- ❖ CI 2: Pertenecen al grupo de población adulta en unidades de cuidados intensivos

Criterios de exclusión (CE)

- ❖ CE1: Artículos de enfermeras que no pertenecen a la unidad de cuidados intensivos
- ❖ CE2: Artículos que se relacionan con pediatría o neonatos
- ❖ Se excluyen aquellos que no tengan cierto rigor científico según el programa de lectura crítica CASPe, además de los resúmenes de congresos y casos clínicos únicos.

Límites de búsqueda:

- ❖ Tiempo: 2011- 2021, pero no se han rechazado artículos anteriores si la relevancia de la investigación es oportuna
- ❖ Idioma: Español, inglés, francés y portugués

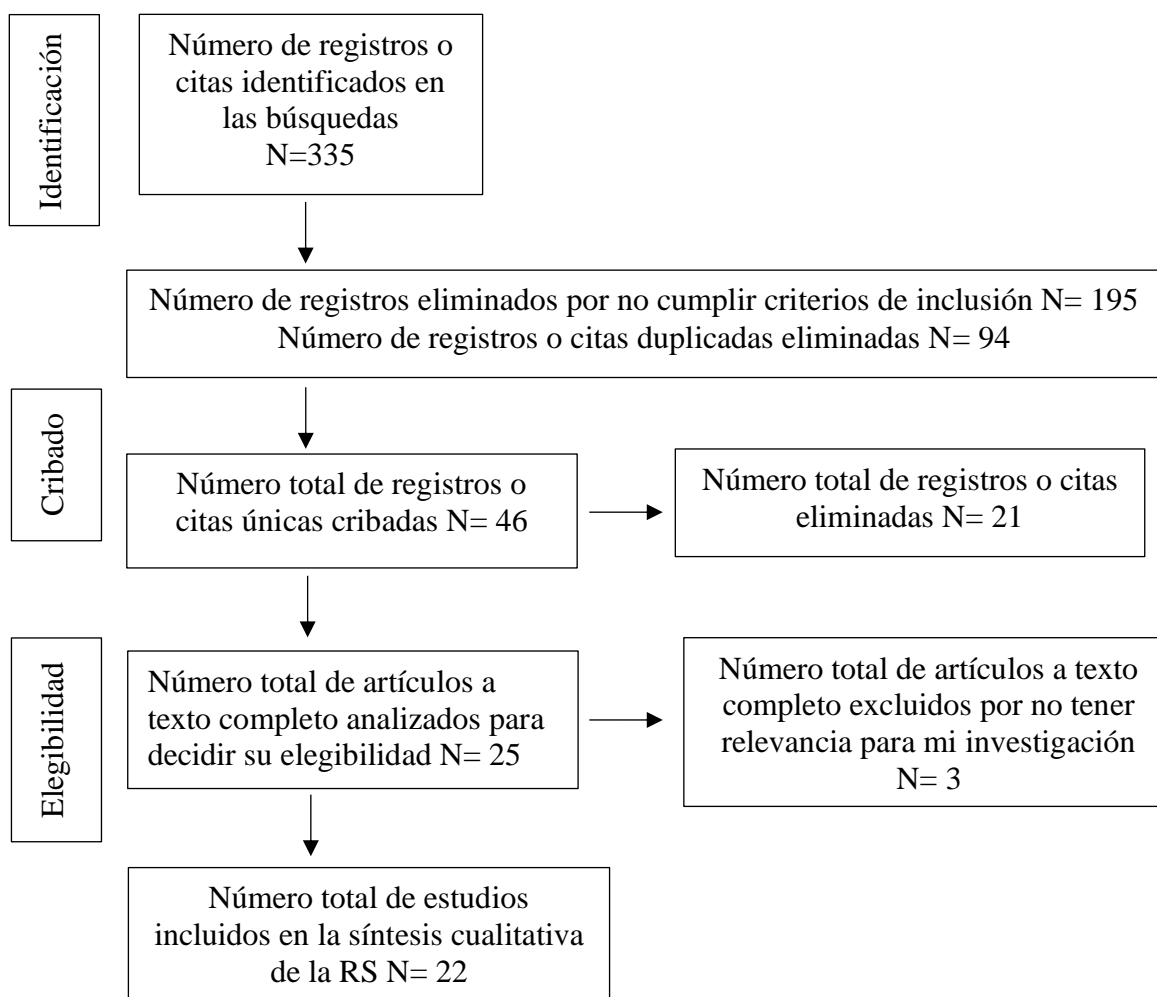
Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Resultados

La búsqueda inicial generó 329 resultados. Tras la lectura de los títulos se descartaron aquellos artículos no relevantes para la revisión según los criterios de inclusión y los artículos duplicados. Tras la lectura de los resúmenes de los 46 artículos restantes se descartaron aquellos que no cumplían con los criterios de selección y no tenían relevancia para los objetivos específicos, reduciendo el número a 25 artículos. Siguiendo con el cribado, tras la lectura a texto completo se descartaron 3 artículos quedando un total de 22 artículos para la revisión bibliográfica.

Clasificando los artículos por el tipo de estudio tenemos 4 de revisiones de la literatura^{2,8,18,21} realizadas en Canadá², Estados Unidos^{8,21} y Australia¹⁸ respectivamente. Una tesis doctoral¹¹ basada en un estudio descriptivo inductivo realizada en Estados Unidos, dos estudios cuasiexperimentales^{6,22}, ambos realizados en Estados Unidos, y 13 estudios descriptivos transversales^{3-5,7,9,10,12-17,20} realizados en Ruanda, Irán , Canadá, China, Estados Unidos, Israel y Francia.

Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de una revisión sistemática



Anexo 2. Artículos seleccionados para la revisión

Discusión

Barreras percibidas

En este trabajo se identifican las principales barreras percibidas por las enfermeras de cuidados intensivos frente a la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar son las siguientes:

En lo que respecta a las políticas hospitalarias referentes a la RCP presenciada este mismo estudio revela que un 30% de las enfermeras encuestadas no están seguras de si su centro dispone de ellas y un 43% afirma que su centro no tiene una política establecida. Los

estudios de Havugitanga y Brysiewicz³ en Ruanda, de Zali et al.⁵ en Irán y por Badir⁴ en Turquía muestran que ninguno de los hospitales tiene una política al respecto que autorice esta práctica mientras que la ausencia de política hospitalaria en Norteamérica es del 5% y en Europa del 5,6%. Además, en los estudios realizados en Ruanda³ y Turquía⁴ los participantes desconocen el significado del concepto “reanimación presenciada” por lo que ninguna enfermera ha invitado antes a los familiares.³⁻⁶

El estudio de Deacon, O’Neill y Giligoye⁷ realizado a las enfermeras de Canadá revela que la comunicación de las políticas es deficiente, donde un 61,5% de los encuestados admite no saber si existe una política al respecto y muchos de los que sí las tienen desconocen su contenido. Del mismo modo, Zali et al.⁵; Pankop⁸, Leung y CHoy⁹ y Gomes¹⁰ sostienen que la falta de una política definida y una cultura institucional establecida puede reforzar las actitudes negativas. En esta misma línea, Park y Ha¹⁴ refieren que en Corea del Sur desconocen que sea una práctica socialmente aprobada, por lo que consideran que el resto de los profesionales y la dirección hospitalaria no apoyaría la reanimación presenciada, además, concluyen que es preciso el desarrollo de políticas hospitalarias que garanticen una dotación de personal adecuada durante la RCP.^{5,7-10,14}

El estudio realizado por Ganz y Yoffe¹² sugiere que la negativa encontrada entre las enfermeras de cuidados intensivos podría ser fruto de la falta de una política que defienda la presencia familiar.¹²

Los hallazgos de Zali et al.⁵ muestran que la gran mayoría de las enfermeras tienen actitudes negativas debido a la percepción de numerosas desventajas mientras que en el estudio de Badir⁴ un 83,1% no consideran necesario invitar a los familiares. Estos estudios coinciden en que las enfermeras de UCI relacionan la presencia familiar con una posible afectación a la dignidad y confidencialidad del paciente, percibiendo como factor determinante la relación entre la falta de confianza y el rechazo de la presencia familiar.^{4,5} Siguiendo esta misma línea, Cepero¹¹ y Havugitanga y Brysiewicz³ coinciden con los estos hallazgos y las preocupaciones relacionadas con aspectos legales debido a que la familia presencie un error durante la intervención.^{3,11}

Gomes, Dowd y Sethares¹⁰ encuentran en su estudio que las enfermeras que tienen experiencias previas con la reanimación presenciada tienen una actitud positiva hacia esta

práctica, resultando una muestra inusual del 92% de enfermeras que apoyan esta práctica. Los resultados de Cepero¹¹ muestran que el 100% de los participantes que tienen experiencia con la reanimación presenciada permitirían la presencia familiar en caso de ser requerida, a pesar de ello, los hallazgos muestran que esta práctica no es implementada.^{10,11,14}

Las revisiones de los estudios realizados a enfermeras de distintos países^{5,10,12-14} refuerzan la teoría de que existen diferencias culturales respecto a las actitudes de las enfermeras frente a la presencia familiar. La literatura es extensa en los países del oeste, sobretodo en Estados Unidos, siendo una práctica es extensamente aceptada en Estados Unidos, Australia, Canadá y Reino Unido mientras que, por el contrario, en países como Alemania, España, Irán, Turquía, Jordania, Hong Kong y Singapur la práctica no está aceptada clínicamente debido a la potencial probabilidad de que el personal sufra daño físico. Además, llama la atención que es una práctica desconocida en Israel y en Turquía hay reticencia a su implementación y ninguna entidad respalda su práctica.^{5,10,12-14}

La cultura es un factor que puede influenciar las relaciones entre las familias y los equipos de resucitación pudiendo obstaculizar su implementación los distintos factores culturales y entornos de prácticas, por lo que es preciso más investigación al respecto para un diseño de intervenciones específicas y culturalmente adaptadas para poder obtener resultados más relevantes frente a la implementación de la presencia familiar.^{5,10}

Deacon⁷ refiere que la mayoría de las enfermeras se sienten cómodas con la presencia familiar; sin embargo, la cifra disminuye hasta la mitad si los miembros de la familia se encuentran alterados.⁷ Cepero¹¹, Zali et al.⁵, Badir⁴ y Havugitanga y Brysiewicz³ coinciden en la preocupación sobre la falta de concentración, el estrés que la familia puede generar en los profesionales y el estrés que la práctica puede causar al familiar presente.^{3-5,7,11}

En lo que respecta a la familia, los hallazgos de Havugitanga y Brysiewicz³, Cepero¹¹, Zali et al.⁵, Badir⁴, Ganz y Yoffe¹², Gutysz et al.¹³ y Park y Ha¹⁴ concuerdan ante la preocupación por los efectos emocionales adversos que puedan darse en la familia como el estrés o posible trauma debido a que la falta de formación haga incomprendible el procedimiento de RCP para los familiares creando expectativas no realistas sobre el tratamiento. Consideran que sería difícil atender o apoyar emocionalmente a las familias

durante la RCP dado que los profesionales no son capaces de controlar los comportamientos que pudiesen interferir con la RCP ocasionando la interrupción o prolongación de los esfuerzos de resucitación.^{3-5,11-13}

Otra de las barreras identificadas en esta revisión está relacionada con la falta de formación. En la investigación llevada a cabo por Cepero¹¹ los participantes expresan la necesidad de educación. El estudio de Powers y Candela⁶ concluye que realizar formación conlleva a una mejora del apoyo entre las enfermeras y miembros del equipo frente a la implementación de la RCP presenciada. Sin embargo, destacan que únicamente el 38% de las enfermeras han recibido formación.⁶ Por otro lado, el estudio de Deacon, O'Neill y Giligoye⁷ muestra la existencia de una brecha significativa entre los que desean formación (92%) y los que la han recibido (46,3%).^{6,7,11}

Powers¹⁵ considera que es esencial educar al personal de enfermería sobre la presencia familiar para aumentar su disposición y respaldo para su implementación, por lo que es de suma importancia explorar las necesidades percibidas por las enfermeras en relación a la educación para poder abordarlas en el futuro diseño de las intervenciones educativas.¹⁵

Herramientas formativas disponibles

Para responder a nuestro objetivo específico de identificar las herramientas formativas disponibles para la implementación de la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar la revisión de la literatura ha dado los siguientes resultados:

Park y Ha¹⁴ concluyen que son necesarias intervenciones en los aspectos referidos a la educación, como la formación en habilidades comunicativas, y que es precisa la formación del personal adecuada a la RCP presenciada.¹⁴

Los estudios de Gutysz et al.¹³ concluyen que la formación y una mayor experiencia con la reanimación presenciada están asociadas con un mayor soporte por lo que recomiendan introducir en los planes de estudio el tema de la reanimación presenciada para poder resolver las posibles preocupaciones, ya que la autoconfianza y los beneficios percibidos están significativamente relacionados.¹³

Por otro lado , los estudios de Powers²¹ y Deacon⁷ demuestran que una mejor preparación tiene un efecto positivo incluyendo una visión favorable de los riesgos y beneficios, mayor autoconfianza y seguridad para trabajar con las familias.^{7,21} Mientras que Leung et al.⁹ y Powers y Candela^{9,21,22} destacan la importancia del diseño de intervenciones educativas con el objetivo de mejorar el apoyo de las enfermeras a la presencia familiar ayudándoles a la preparación para la aplicación clínica.^{9,21,22}

Mureau et al.¹⁷ han diseñado sesiones formativas de 4 horas para la formación del personal. La formación está dividida en 4 apartados: aspectos clínicos de la reanimación, integración en el equipo de reanimación y pasos para dar soporte a la familia, respuestas al estrés familiar y prácticas de autocuidado.

El American College of Critical Care Medicine y la Society of Critical Care proponen guías de práctica clínica para el apoyo familiar en la UCI. Las recomendaciones incluyen: desarrollo de un proceso estructurado para permitir la presencia familiar y la inclusión en el equipo de reanimación de una persona de soporte entrenada introduciendo el nuevo rol “la persona facilitadora” que respondería a los eventos de reanimación incluyendo el ofrecimiento a las familia de la presencia.¹⁷ Las sesiones formativas se inician con una breve introducción que incluye una revisión de la bibliografía, los resultados relevantes y la revisión de los datos de la institución sobre las reanimaciones. Se brinda la oportunidad a los participantes de debatir sobre los posibles obstáculos de la implantación, la necesidad del facilitador, las experiencias previas y las dudas sobre el papel del facilitador. La formación abarca: aspectos clínicos sobre la reanimación, elementos esenciales para proporcionar apoyo a la familia, reacciones de la familia, preparación del personal. Para finalizar, se resumen los puntos clave y se realiza una tanda de preguntas adicionales.¹⁷

Powers^{15,22} refiere que los estudios sobre las intervenciones en el aula suelen mostrar a los participantes referencias sobre los beneficios de la reanimación presenciada y la política hospitalaria. Es preciso proporcionar un aprendizaje experimental para la preparación de las enfermeras en la aplicación de la presencia familiar. Diversos estudios^{15,22} han investigado el uso de intervenciones basadas en la simulación, juegos de roles, inclusión de actores estandarizados para la simulación. A pesar de que no se haya estudiado el aprendizaje en línea este puede ser un medio para impulsar una formación más amplia y con mayor alcance al no ser necesaria la presencia y los profesionales pueden adaptar la formación a sus horarios y no a la inversa. Es importante realizar estudios centrados en los

estudiantes de enfermería para poder promover la integración de la reanimación presenciada en su futura práctica. Tras la formación, el nivel de confianza ante la realización de la RCP presenciada es significativamente mayor entre los facilitadores que reciben simulación con actores estandarizados que entre los que reciben únicamente formación en el aula.^{15,22}

Estrategias de implementación

Para responder a nuestro objetivo específico sobre la identificación de las estrategias de implementación de las maniobras de RCP presenciada en las unidades de cuidados intensivos la revisión de la literatura muestra los siguientes resultados:

La ENA y la American Association of Critical Care Nurses (ACCN) recomiendan que se establezcan protocolos para dirigir la práctica. Ambas organizaciones recomiendan la inclusión de los siguientes componentes: beneficios, no interrupción del cuidado, contraindicaciones, que sea una opción y no un requerimiento y la importancia del rol del facilitador.⁸

La bibliografía revisada^{7,8,11,17} muestra que hay un acuerdo firme entre las enfermeras en que un miembro del equipo se dedique a acompañar a la familia. Tener esta figura es importante para disminuir la distracción del equipo y prevenir potencialmente que la familia realice comportamientos que puedan ser disruptivos. En caso de no contar con la presencia del facilitador la RCP presenciada no debe ser ofrecida.^{7,8,11,17}

Características facilitador

El estudio de Pankop et al.⁸ muestra que el facilitador no siempre está disponible, lo que contradice las recomendaciones de la ENA. Por ello proponen distintas estrategias que pueden ser utilizadas para aumentar el apoyo familiar y la seguridad del paciente:

- ❖ Formar y nombrar a un grupo de facilitadores familiares, como trabajadores sociales, enfermeras y profesionales sanitarios asociados.

- ❖ El facilitador se encargará de preparar a la familia antes de la RCP: dónde colocarse, qué esperar ver u oír, cómo hacer preguntas y permanecer con la familia para atender sus inquietudes mediante el acompañamiento y aclaraciones.
- ❖ El facilitador no participará en la RCP y se encargará de dar soporte emocional e informativo a la familia.⁸

Mureau et al.¹⁷ proponen un diagrama de flujo para guiar las funciones del papel facilitador que se muestran en el Anexo 3.

Conclusiones

El propósito de esta revisión bibliográfica es describir los motivos que impulsan a las enfermeras de cuidados intensivos a rechazar la reanimación presenciada y cómo poder alcanzar su implementación.

En respuesta a mi objetivo 1 podemos afirmar, según la evidencia publicada, que a pesar de ser una práctica demandada por familiares y pacientes existen diversas desventajas identificadas por el personal de enfermería de UCI, como la falta de políticas hospitalarias, las actitudes negativas de las enfermeras, la interferencia familiar o la falta de formación, por lo que se evidencia un fuerte consenso contrario a esta práctica. Por estos motivos la presencia familiar sigue siendo una práctica controvertida no siendo habitual su implementación.

En respuesta a mi objetivo específico 2 esta revisión plasma la imperante necesidad de mayor investigación en materia de educación que avalen las intervenciones relacionadas con la implementación de la RCP presenciada. Para ello es preciso la creación de programas formativos específicos, ya que es un área de conocimientos no implementada en la mayoría de los entornos estudiados. Tras la formación teórico-práctica la literatura muestra un aumento en la seguridad del personal así como mayor aceptación e implementación. Por ello futuras investigaciones deben explorar los distintos métodos educativos para poder determinar cuál es el mejor método. La educación es esencial para conseguir cambiar las actitudes de las enfermeras para que el enfoque paternalista que excluye a la familia durante la RCP deje de ser la norma.

En respuesta a mi objetivo específico 3, tras revisar la evidencia publicada, podemos afirmar que es preciso desarrollar programas educativos sobre la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar para poder adaptar la práctica culturalmente en los hospitales de los distintos entornos así como la integración de políticas en los hospitales que respalden las intervenciones relacionadas con la implementación de la RCP presenciada. Por ello es necesario realizar más investigaciones sobre el efecto de las intervenciones educativas en la aplicación clínica de la presencia familiar. Es fundamental demostrar una relación entre los esfuerzos educativos para mejorar el apoyo a la presencia familiar y la aplicación clínica resultante por parte de las enfermeras y otros profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *ELSEVIER* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2022 Jan 10];95:302–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.033>
2. Meghani S. Witnessed resuscitation: A concept analysis. *Intensiver and Critical Care Nursing International Journal of Research and Practice* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2022 Feb 12];64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103003>
3. Havugitanga P, Brysiewicz P. Exploring healthcare professionals' perceptions regarding family-witnessed resuscitation in a hospital in Kigali, Rwanda. *Southern African Journal of Critical Care* [Internet]. 2014 [cited 2022 Feb 14];30(1):18–21. Available from: <https://doi.org/10.7196/SAJCC.174>
4. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2007 [cited 2022 May 17];44:83–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.023>
5. Zali M, Hassankhani H, Powers KA, Dadashzadeh A, Rajaei Ghafouri R. Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *International Emergency Nursing* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2022 Feb 27];34:11–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.001>
6. Powers KA, Candela L. Nursing practices and policies related to Family Presence During Resuscitation. *Dimensions of Critical Care Nursing* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2022 Feb 27];36(1):53–9. Available from: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000218>
7. Deacon A, O TA, Gilfoyle E. Family presence during resuscitation: a needs assessment of education, policy, and opinion in Canada. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 17];68:1008–17. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12630-021-01972-w>
8. Pankop R, Chang K, Thorlton J, Spitzer T. Implemented family presence protocols: An integrative review. *Journal of Nursing Care Quality* [Internet]. 2013 Jul [cited 2022 Jan 12];28(3):281–8. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31827a472a>
9. Leung NY, Chow SK. Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *JCN Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 13];21:2083–93. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04013.x>
10. Gomes BD, Dowd OP, Sethares KA. Attitudes of community hospital Critical Care Nurses toward family-witnessed resuscitation. *American Journal of Critical Care* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Feb 12];28(2):142–8. Available from: [doi:https://doi.org/10.4037/ajcc2019162](https://doi.org/10.4037/ajcc2019162)
11. Cepero J. How do the attitudes and beliefs of Critical Care Nurses influence the process for Family Presence Resuscitation? [Internet]. The Catholic University of America. [Washington D.C.]: Faculty of the School of Nursing Of The Catholic University of America; 2012 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://cuislandora.wrlc.org/islandora/object/etd%3A326>
12. Ganz FD, Yoffe F. Intensive care nurses' perspectives of family-centered care and their attitudes toward family presence during resuscitation. *Journal of*

- Cardiovascular Nursing [Internet]. 2012 May [cited 2022 Feb 12];27(3):220–7. Available from: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821888b4>
13. Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Dyk D, McDrzycka-Dabrowska W, Wojtaszek M, Albarran J. Family presence during resuscitation – The experiences and views of Polish nurses. *Intensive & Critical Care Nursing* [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 11];46:44–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.02.002>
 14. Park JY, Ha J. Predicting nurses’ intentions in allowing family presence during resuscitation: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Feb 27];30(7):1018–25. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15647>
 15. Powers KA. Family Presence during Resuscitation: The education needs of Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2022 Feb 12];37(4):210–6. Available from: <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000003>
 16. Carroll DL. The effect of intensive care unit environments on nurse perceptions of family presence during resuscitation and invasive procedures. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2014 Jan [cited 2022 Feb 13];33(1):34–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24310715/>
 17. Mureau-Haines RM, Boes-Rossi M, Casperson SC, Çoruh B, Furth AM, Haverland A, et al. Family support during resuscitation: A quality improvement initiative. *Critical Care Nurse* [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 14];37(6):14–23. Available from: <https://doi.org/10.4037/ccn2017347>
 18. Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *International Emergency Nursing* [Internet]. 2013 Jan [cited 2022 Feb 12];21(1):26–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.04.002>
 19. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* [Internet]. 2010 Nov 2 [cited 2022 Apr 10];122(SUPPL. 3). Available from: <http://circ.ahajournals.org>
 20. Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses’ attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2005 [cited 2022 May 17];42:557–68. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012>
 21. Powers KA. Educational interventions to improve support for Family Presence during Resuscitation. *Dimensions of Critical Care Nursing* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 Feb 15];36(2):125–38. Available from: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000228>
 22. Powers KA, Candela L. Family presence during resuscitation: Impact of online learning on nurses’ perception and self-confidence. *American Journal of Critical Care* [Internet]. 2016 Jul [cited 2022 Feb 12];25(4):302–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016814>

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	¿Cuáles son los motivos que impulsan a las enfermeras de cuidados intensivos a rechazar la práctica de la reanimación presenciada por familiares?		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Identificar los motivos por los cuales el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos rechaza la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar. - Específico 1: Describir las barreras percibidas por las enfermeras de cuidados intensivos frente a la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar. - Específico 2: Identificar las herramientas formativas disponibles para la implementación de la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar. - Específico 3: Identificar las estrategias de implementación de las maniobras de RCP presenciada en las unidades de cuidados intensivos. 		
Palabras clave	Critical care nursing, family presence, FPDR, PCR, Resuscitation, Cardiopulmonary Resuscitation.		
Descriptores		Castellano	Inglés
	Principal	Enfermería de cuidados críticos Presencia familiar	Critical care nursing Family presence
	Secundario/s	<ul style="list-style-type: none"> - Reanimación Cardiopulmonar - Reanimación - No controlado: RCP 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopulmonary Resuscitation - Resuscitation - No controlado: FPDR - No controlado: PCR

Operadores booleanos	1 ^{er} nivel: AND 2 ^o nivel: OR		
Selección de bases de datos	Metabuscadore s EBSCOhost BVS Bases de datos específicas PubMed CINHAL UIB Catàleg Plus Revistas de la “American Association of Critical- Care Nurses” (AACCN) Bases de datos revisiones Cochrane		
Límites	Años de publicación: 2011 – 2021		
	Idiomas que no sean Español, inglés, francés, Portugués, Catalán		
	Criterios de exclusión: 1. Artículos de enfermeras que no pertenecen a la unidad de cuidados intensivos 2. Artículos que se relacionan con otros profesionales de cuidados intensivos 3. Artículos que se relacionan con pediatría o neonatos		
Resultados de la búsqueda			
Metabuscadore	EBSCOhost		
Límites introducidos	Idioma, año		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 171	Resultado final
	2do nivel	Nº 37	(55 duplicados)
	Otros	Nº	Criterios de exclusión

			Sin interés para mi tema de investigación	79 título
			Déficit de calidad del estudio	0
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	0
Base de Datos específica	PubMed			
Límites introducidos	Idioma, año			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº	Resultado final	
		70		
	2do nivel	Nº	(15 duplicados)	
		18		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	52
			Déficit de calidad del estudio	0
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	0
Base de Datos de Revisiones	Cochrane Library			
Límites introducidos	Idioma, año			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº	Resultado final	
		1		
	2do nivel	Nº		
		0		
	Otros	Nº	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	1

	Artículos repetidos de otras búsquedas	Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Obtención de la fuente primaria			
Directamente de la base de datos			55
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)			0
Biblioteca digital de la UIB			0
Biblioteca física de la UIB			0
Otros (solicitado a tutor)			0

Resultados de la búsqueda			
Metabuscador	Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)		
Límites introducidos	Título, resumen, asunto		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 0	Resultado final
	2do nivel	Nº 9	(8 duplicados)
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
	Artículos repetidos de otras búsquedas		Déficit de calidad del estudio
Dificultades para la obtención de fuentes primarias			0
Base de Datos específica	Catálogo Plus Biblioteca UIB		
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº154	Resultado final
	2do nivel	Nº 65	(11 duplicados)
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	0

		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	0
Obtención de la fuente primaria			
Directamente de la base de datos			8
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)			0
Biblioteca digital de la UIB			14
Biblioteca física de la UIB			0
Otros (especificar)			0

Resultados de la búsqueda				
Base de Datos específica	Revista American Association of Critical- Care Nurses (AACCN)			
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 13	Resultado final	
	2do nivel	Nº 5	(4 duplicados)	
	Otros	Nº 0	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	8
			Déficit de calidad del estudio	0
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	0
Obtención de la fuente primaria				
Directamente de la base de datos			5	
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)			0	
Biblioteca digital de la UIB			0	
Biblioteca física de la UIB			0	
Otros (especificar)			0	

Anexo 2. Artículos seleccionados para la revisión

Autores principales / Año / lugar publicación	Tipo de estudio	Fecha de recolección de datos	Objetivo del estudio	Inclusión de casos	Fuente de datos	Tamaño muestral	Nivel de evidencia según Gálvez
Meghani S ² (2021) Canadá	Revisión de la literatura	2000-2019	Realizar un análisis conceptual de la reanimación presenciada por familiares	---	Revisión bibliográfica: MEDLINE, CINHALL, PubMed, Ovid y Google Scholar	---	2
Havugitanga P, Brysiewicz P ³ (2014) Rwanda	Estudio descriptivo transversal	Agosto - Septiembre 2011	Explorar las percepciones de los profesionales sobre la reanimación presenciada en la unidad de UCI y emergencias	Profesionales de UCI y emergencias	Dos entrevistas semiestructuradas individuales	6 enfermeras 2 médicos de UCI	3
Badir A, Sepit D ⁴ (2007) Turquía	Estudio descriptivo transversal	1 mayo - 30 julio 2004	Investigar las opiniones y experiencias de las enfermeras de UCI sobre la presencia de los familiares durante la reanimación	Enfermeras de UCI de 4 hospitales adheridos al Ministerio de Sanidad y 3 a la Seguridad Social	Cuestionario de seguimiento estandarizado	278 enfermeras de UCI	3

Zali M, Hassankhani H, Powers K, Et al. ⁵ Et al. (2017) Irán	Estudio descriptivo transversal	Septiembre 2015 - Marzo 2016	Determinar las actitudes de las enfermeras iraníes y de los familiares hacia la presencia familiar	Enfermeras de UCI y un familiar de pacientes que habían experimentado previamente PCR	Cuestionario estandarizado	179 enfermeras y 136 familiares de pacientes	3
Powers K, Candela L ⁶ (2017) Estados Unidos	Estudio cuasiexperimental	2014	Describir la práctica de reanimación presenciada entre las enfermeras de UCI, así como la prevalencia de las políticas de reanimación presenciada y determinar el impacto del aprendizaje en línea sobre su percepción y autoconfianza	Enfermeras que trabajen en UCI en Estados Unidos	Formulario online a través de la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Intensivos (ACCN)	124 enfermeras de UCI	2
Deacon A, Gilfoyle E ⁷ (2021) Canadá	Estudio descriptivo transversal	---	Determinar la situación actual y deseada sobre la educación y la política en materia de reanimación presenciada, así como las prácticas actuales y las opiniones de los profesionales sanitarios canadienses.	Médicos y enfermeras de UCI y Urgencias y trabajadores sociales	Cuestionario estandarizado enviados telemáticamente	299 enfermeras 173 médicos 94 trabajadores sociales 69 profesionales sanitarios de otras categorías	3

Pankop R, Chang K, Throlton J, Et al. ⁸ (2013) Estados Unidos	Revisión de la literatura	2004 - 2012	Examinar la evidencia sobre la implementación de protocolos de reanimación presenciada para adultos en el ámbito hospitalario	---	PubMed, CINAHL, Academic Search Premier y Bases de datos de enfermería	5 artículos	2
Leung NY, Chow S ⁹ (2012) China	Estudio descriptivo Transversal	---	Examinar las actitudes de los profesionales de la salud y familiares acerca de la FPDR en las UCI de Hong Kong.	Familiares de pacientes y profesionales de la UCI con mínimo 2 años de experiencia y 3 meses de trabajo en UCI	Cuestionario cerrado a los profesionales. Entrevista individual a los familiares	20 médicos, 143 enfermeras y 69 familiares	3
Gomes B, Dowd O, Sethares K ¹⁰ (2019) Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	6 semanas	Examinar las actitudes de las enfermeras de UCI de los hospitales estadounidenses sobre la reanimación en presencia de la familia e identificar las diferencias de actitud entre las que la han experimentado y las que no	Enfermeras que trabajan en UCI	Cuestionario estandarizado	40 enfermeras de UCI	3

Cepero J ¹¹ (2012) Washington DC	Tesis doctoral Estudio descriptivo inductivo	---	Describir cómo las actitudes y creencias de las enfermeras de UCI impactan en el proceso de la reanimación presenciada	Enfermeras de UCI con mínimo un año de experiencia en la unidad y experiencia previa en reanimación presenciada	Entrevista individualizada semi estructurada	26 enfermeras de UCI	2
Ganz F, Yoffe F ¹² (2012) Israel	Estudio descriptivo transversal	---	Determinar las actitudes de las enfermeras frente a la reanimación presenciada y si existe una asociación entre el cuidado centrado en la familia y la reanimación presenciada	Enfermeras de UCI y cardiovascular	Cuestionario estandarizado	93 enfermeras de UCI	3
Gutysz- Wojnicka A, Ozga D, Dyk D, Et al. ¹³ (2018) Polonia	Estudio descriptivo transversal	Septiembre 2013	Determinar las experiencias y los puntos de vista de las enfermeras polacas sobre la reanimación presenciada por la familia	Enfermeras de UCI	Cuestionario estandarizado	240 enfermeras de UCI	3
Park J, Ha J, ¹⁴ (2021) Corea del Sur	Estudio descriptivo transversal	Abril 2020	Examinar la intención de las enfermeras de permitir la presencia familiar durante la reanimación	Enfermeras que han trabajado al menos 3 meses en UCI	Cuestionario estandarizado	252 enfermeras de UCI	3

Powers K, ¹⁵ (2018) Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	2016	Explorar las necesidades de educación en reanimación presenciada de las enfermeras de UCI para proporcionar recomendaciones para futuras intervenciones educativas	Enfermeras que trabajan en UCI	Cuestionario online	395 enfermeras de UCI	3
Carroll D, ¹⁶ (2014) Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	---	Medir el impacto de los entornos de las UCIs en la percepción de las enfermeras sobre la presencia de la familia durante la reanimación y los procedimientos invasivos	Enfermeras de UCI	Cuestionario enviado por correo electrónico	204 enfermeras de UCI	3
Mureau - Haines, R, Boes-Rossi M, Casperson S, ¹⁷ Et al. (2017) Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	Octubre 2013	Desarrollar un plan de estudios y formar a los miembros del equipo de reanimación, cuya función es proporcionar apoyo a las familias durante la reanimación en el hospital.	Grupo de trabajadores sanitarios seleccionado por el comité de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores espirituales y el Consejo Consultivo de Familias y Paciente	Cuestionario online	250 enfermeras 90 médicos 14 trabajadores sociales 60 profesionales de otras categorías	3

Porter J, Cooper S, Sellick K ¹⁸ (2013) Australia	Revisión bibliográfica	1992 - 2011	Revisar la evidencia de la FPDR en el servicio de Urgencias	Artículos en inglés entre 1992 y Junio de 2012	Revisión bibliográfica	16 artículos	2
Fulbrook P, Albarran J, Latour J, ²⁰ (2005) Francia	Estudio descriptivo transversal	Mayo 2002	Conocer las experiencias y actitudes de las enfermeras Europeas de UCI sobre la presencia familiar durante la reanimación	Enfermeras de UCI europeas	Cuestionario enviado por correo ordinario	124 enfermeras de UCI	3
Powers K, ²¹ (2017) Estados Unidos	Revisión sistemática de la literatura	1987 - 2016	Evaluar el efecto de la educación en el apoyo de las enfermera y los profesionales sanitarios frente a la reanimación presenciada.	Artículos sobre intervenciones educacionales en materia de reanimación presenciada desde 1987 al 2016	CINAHL, MEDLINE y PubMed	16 artículos	2
Powers K, Candela L, ²² (2016) Estados Unidos	Estudio cuasi experimental	2014	Determinar el impacto del aprendizaje en línea sobre la percepción y la autoconfianza de las enfermeras de UCI ante la reanimación presenciada	Enfermeras de UCI	Cuestionario online pre y post test	74 enfermeras de UCI	2

Anexo 3. Diagrama de flujo rol facilitador

Llegada a paradas: comprobar con la enfermera.
Obtener de información del paciente, incluyendo situación actual, antecedentes, nombres de la familia, relaciones, necesidad de un intérprete. Obtener la etiqueta de identificación.

Familia PRESENTE: La enfermera pregunta al jefe de paradas si la presencia familiar es una opción.

Familia NO presente: ¿Se ha contactado? ¿Quién contactará a la familiar?

Introducción a la evaluación familiar

Encuentro: presentaciones ¿quién está presente y cuál es la relación?
Identificar el contacto principal.
Evaluar la comprensión de la situación y las necesidades actuales; preguntar si hay alguien a quien notificar para obtener apoyo.
Evaluar la idoneidad de la familia para la presencia y garantizar la atención ininterrumpida del paciente.

Evaluación de la familia: buscar características inapropiadas:

- Combatividad Inestabilidad emocional
- Alteración del estado mental, incluyendo el uso de sustancias.
- Mala dinámica familiar.
- Historia de conflictos con el personal.

Si la presencia de la familia es apropiada: Explicar el procedimiento para la presencia de los familiares y ofrecérselo.

Si el familiar desea estar presente: Determinar qué miembro de la familia (normalmente sólo uno) entrará en la habitación. Proporcionar espacio para que los demás miembros de la familia esperen.

Si tras la evaluación familiar la presencia no está aconsejada o por el rechazo del equipo de paradas:
Continuar proporcionando apoyo.

Si la familia va a estar presente:
Acompañar al familiar a la habitación e informar al equipo de su presencia.
Acompañar y brindar apoyo al familiar.

Si la familia se niega a estar presente:
Continuar proporcionando apoyo.

Una vez que la familia está presente: Atender a la familia y permanecer con ellos en todo momento. Proporcionar una silla, pañuelos y agua. Vigilar si hay riesgo de caída, desmayo o desbordamiento emocional. Invitar a salir y a volver cuando lo deseen.

Si se llama al equipo de paradas y la familia está presente: Ofrecer acercar a la familia al paciente si lo desea. Recordar al equipo de paradas que la familia está presente y que debe informar fuera de la habitación del paciente.

Soporte tras parada si el paciente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos/cuidados paliativos o si los objetivos terapéuticos cambian: Preguntar si hay alguien con quien le gustaría ponerse en contacto para recibir apoyo o si es necesario contactar con otros miembros de la familia. Explicar la necesidad de que la información sobre la parada entre el personal se realice en privado.

Apoyo tras parada en caso de fallecimiento: Preguntar si hay alguien con quien les gustaría ponerse en contacto para recibir apoyo o si es necesario contactar con otros miembros de la familia. Acompañar a la familia a una zona cómoda si es necesario y ofrecer agua, baño, pañuelos, etc. Explicar la necesidad de que la enfermera prepare al paciente en privado antes de que la familia se quede a solas. Consultar con la familia si tienen contacto con la funeraria y proporcionar información si es necesario.

