

Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar¹

Perceptions Related to Family Presence in Advanced Scenarios such a Cardiopulmonary-Cerebral Resuscitation

Percepções relacionadas com a presença da família em cenários avançados como a reanimação cardiopulmonar

Diana Marcela Achury Saldaña²

Óscar Julián Arango³

Germán García Laverde⁴

Natalia Herrera Zerrate⁵

0124-2059(201201)14:1<77:PRPFEA>2.0.TX;2-J

-
1. Artículo de investigación. Recibido para evaluación: 16 de enero del 2012. Revisado: 17 al 25 de enero del 2012. Aceptado para publicación: 27 de enero del 2012.
 2. Magíster en Enfermería en el Cuidado de la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co.
 3. Enfermero, Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia. Aspirante al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: osjula81@hotmail.com.
 4. Enfermero, aspirante al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: german0708@gmail.com.
 5. Enfermera, aspirante al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: naty.bug@gmail.com.

Resumen

La participación de la familia en escenarios avanzados, como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), se convierte en un elemento fundamental en el cuidado del paciente en riesgo inminente de muerte, y permite dar una mirada más humanizada al contexto de la reanimación. Sin embargo, se han generado varios debates fundamentados en las percepciones del personal de enfermería, la familia y el paciente que ha sobrevivido, debido a que ellos son los tres actores implicados en este escenario. Por tal motivo, este artículo busca analizar estas percepciones, a fin de reconocer a la familia como pieza primordial en la evolución clínica del paciente; promover el desarrollo de un nexo de unión entre la familia, el equipo y el paciente, y favorecer una mayor aceptación ante la realidad de la muerte y el proceso de duelo. Así, el profesional de enfermería es la persona más idónea para asumir el acompañamiento y la orientación a la familia en ese momento.

Palabras clave: percepciones, familia, reanimación.

Palabras clave descriptor: reanimación cardiopulmonar, insuficiencia cardiaca-relaciones familiares, evolución clínica-relaciones familiares.

Citar como: Achury D, Arango OJ, García G, Herrera N. Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar. *Investig Enferm. Imagen Desarro.* 2012;14(1):75-92.

Abstract

The family involvement in advanced scenarios, such as cardiopulmonary-cerebral resuscitation (CPCR), can become a key element in the care for patients at imminent risk of death and allows for a more humane approach to the context of resuscitation. However, there are various debates grounded on the perceptions of the nursing staff, the family and the patients who have survived, as they are the three actors involved in this scenario. Therefore, this paper analyzes these perceptions in order to recognize the family as fundamental part in the patient's clinical course; promote the development of a bond between the family, the team and the patient; and encourage greater acceptance of the reality of death and its grieving process. Thus, the Nurse Practitioner is the best-suited individual to offer support and guidance for the family at that time.

Key words: Perceptions, family, resuscitation.

Key words plus: CPR, heart failure-family relations, clinical evolution-family relations.

Resumo

A participação da família em cenário avançados, como a reanimação cardiopulmonar (RCP), se converte em um elemento fundamental no cuidado do paciente em risco iminente de morte, e permite dar uma olhada mais humanizada ao contexto da reanimação. Porém, têm gerado vários debates fundamentados nas percepções do pessoal de enfermagem, a família e o paciente que sobreviveu, devido a que eles são os três atores implicados neste cenário. Por tal motivo, este artigo procura analisar estas percepções, com o objetivo de reconhecer a família como peça primordial na evolução clínica do paciente; promover o desenvolvimento de um nexo de união entre a família, a equipe e o paciente, e favorecer uma maior aceitação diante da realidade da morte e do processo de luto. Assim, o profissional de enfermagem é a

pessoa mais idônea para assumir o acompanhamento e a orientação à família nesse momento.

Palavras chave: percepções, família, reanimação.

Palavras chave descritor: CPR, insuficiência cardíaca-relações familiares, evolução clínica-relações familiares.

Introducción

En el ámbito internacional se ha venido trabajando la importancia de la presencia de la familia junto al paciente críticamente enfermo, como una estrategia que permite a los familiares un acompañamiento permanente, que le da a la familia un lugar muy importante en el proceso de recuperación del paciente que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y servicios de emergencia (1,2).

A partir de ahí, desde hace años, se comenzaron a abrir escenarios básicos y avanzados de participación a la familia (3). Los escenarios de participación básica se caracterizan por el desarrollo de actividades de cuidado, orientadas al acompañamiento de la familia en intervenciones de bienestar y confort, así como apoyo emocional a través del acompañamiento. Siempre se individualizarán de acuerdo con las características del paciente y del cuidador. Y los escenarios de participación avanzada realizan acciones de ayuda más complejas que requieren una intervención educativa específica. En este tipo de escenario se involucra la reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), donde el profesional de enfermería es guía y líder en el proceso de acompañamiento y orientación para la familia.

Esta participación familiar, independiente del tipo de escenario, es determinada por el deseo del paciente, el familiar encargado y el equipo asistencial (4). Pero es el profesional de enfermería quien establecerá un proceso de comunicación activa y bidireccional con el familiar que facilite la toma de decisiones compartidas en lo concerniente a los cuidados de su ser querido (5).

Algunos motivos que originaron la introducción de este nuevo escenario han sido, en primer lugar, el comportamiento epidemiológico, desde el cual se muestra que el 65% y el 90% de los pacientes que ingresan a la UCI y a los servicios de emergencia se encuentran en riesgo de muerte si llegarán a presentar un paro cardíaco, ya que solo el 30% de ellos sobrevive. Este es un porcentaje bastante elevado, aun cuando hay que tener en cuenta que entran en juego otros factores que pueden favorecer o empeorar la condición del paciente críticamente enfermo (6).

En segundo lugar, los cambios que se han adoptado sobre los horarios de visita en diferentes partes del mundo han dado la posibilidad de introducir este nuevo escenario de participación; pues permite que la familia esté presente ante una eventual RCCP (7). La ausencia de la familia durante esta desencadena un efecto negativo, evidenciado por la ansiedad que siente, los temores, las dudas y los interrogantes que surgen al saber que su familiar está siendo reanimado. Adicional a esto, el vacío que surge en los mismos pacientes al enfrentarse a este crudo momento sin la compañía de un ser querido, según lo que ellos recuerdan y refieren en la literatura (8).

Esto ha generado que las *Guías europeas sobre reanimación* apoyen la presencia de la familia durante este proceso, aunque no sea del todo aceptada, basándose en conjeturas y oponiéndose a la evidencia empírica que muestra la literatura frente a este tema, y más cuando se extrapola a otros servicios diferentes al de urgencias/emergencias, donde hace aproximadamente veinte años era posible la presencia de la familia (9). Sin embargo, durante los últimos años el profesional de salud ha venido aceptando e involucrando en más escenarios a la familia, al ofrecerles participación en estos y al incluir el de la RCCP, y más cuando ella es quien refiere haber querido presenciar este momento.

No obstante, a pesar de las tendencias al cambio, la presencia de familiares durante la RCCP sigue siendo un tema controvertido y de debate. La literatura centra los motivos de preocupación en las percepciones del personal de enfermería, la familia y el paciente, debido a que ellos son los tres actores implicados en escenarios de cuidado avanzado como lo es la RCCP (10). A continuación se describen las percepciones del profesional de enfermería, de la familia y del paciente que ha sobrevivido a una reanimación y han contado con la presencia de la familia en este momento.

Percepciones del profesional de enfermería

La percepción es descrita como un proceso cognoscitivo en el cual el ser humano tiene la capacidad de captar e interpretar estímulos y situaciones, por medio de sus sentidos. En la historia, diversos autores (en su mayoría filósofos) han dado una mirada a la percepción, como Donald M. Low, quien plantea que es la manera de experimentar, pensar y hacer el mundo (11,12).

Otros autores incluyen en sus definiciones los sentidos como elemento inherente en la percepción. Consideran que el hombre se abre al mundo a través de los sentidos y que el ser humano se conecta con el mundo mediante la percepción, es decir, la percepción influye en el sujeto como receptor del acto de percibir y del contenido de lo percibido. El acto de percibir une al sujeto con lo percibido y el contenido de lo percibido afecta la influencia del sujeto con el mundo (12).

La reanimación se convierte en un escenario donde se requiere un pensamiento rápido y una atención oportuna, donde el mismo equipo de salud —en muchas ocasiones— no alcanza a reconocer la importancia de la presencia espontánea de los familiares y analizar sus percepciones; sin embargo, desde la década de los ochenta se comenzó a indagar sobre un tema denominado en esa época como *no política familiar*, desde el cual los profesionales de la salud comenzaron a preguntarse sobre el tema y a cuestionar sus propias experiencias en este escenario (13).

El producto de los debates estaba constituido por las percepciones de los profesionales de la salud sobre la presencia o no del familiar

durante la RCCP. En 1995, un grupo de enfermeras de la Asociación de Enfermeras de Emergencia de Estados Unidos inició una guía basada en el apoyo a la familia, que se centraba en la presencia de esta en el escenario de la RCCP. De este modo descubrieron infinidad de beneficios, no solo para la familia, sino para el paciente y el mismo equipo reanimador. Por esta razón la American Heart Association estableció la recomendación de permitir la presencia de los seres queridos durante la reanimación (14).

En cuanto a la percepción de los profesionales de salud sobre la presencia de la familia durante la RCCP, varía de acuerdo con la especialidad y las experiencias vividas. Las enfermeras, por ejemplo, son las más abiertas a que la familia esté presente en este escenario, en comparación con los médicos (15,16).

Susan L. MacLean y colaboradoras (17) realizaron un estudio en el cual el personal de enfermería hizo participe a la familia en los escenarios de RCCP. De esta manera, permitieron que la familia les ofreciera apoyo emocional a los pacientes; así mismo, los profesionales de enfermería brindaban un apoyo a las familias de los pacientes fundamentado en la comunicación, utilización de un lenguaje claro y una atención personalizada. Además, les permitían verbalizar sus dudas y temores frente a la situación que tanto ellos como sus seres queridos estaban viviendo.

Por otro lado, el poder facilitar que los familiares participen en este tipo de escenario es no solo beneficioso para ellos, sino para los profesionales de enfermería, ya que no quedarán dudas sobre la labor desempeñada y, por lo tanto, no habrá distorsión de esa actividad. Adicional a esto, porque hay una mejor comunicación que facilita la comprensión de lo ocurrido; incluso las actitudes observadas de los familiares eran de respeto, seguridad y confianza ante las labores desempeñadas (17).

Al estar la familia presente, ayuda a tomar decisiones sobre el desenlace de la reanimación, según la condición clínica y el pronóstico del paciente; se les ofrece la oportunidad de confirmar la realidad sobre el estado de enfermedad de su ser querido, pues se afrontan con más facilidad las decisiones de desconexión en los casos donde las oportunidades son muy remotas, y en caso de que el paciente fallezca, haber presenciado un evento tan agresivo como la reanimación ayuda a superar la crisis, tranquiliza al familiar en el sentido de que da confianza, porque se hizo todo lo posible por salvar la vida de su familiar, y ello permite tener paz y afianzamiento frente a las duras decisiones que en ocasiones se toman (17-19).

Sin embargo, algunos autores refieren que la presencia de la familia durante la RCCP puede generar traumas por haber presenciado este evento y que no les permite tener una evaluación objetiva de la situación por sentir presión de los asistentes (20-22); consideran que

puede desencadenar caos, confusión, falta de privacidad, y desplegarse demandas y quejas de la familia.

En el estudio realizado por Wacht y colaboradores (23) se valoraron las percepciones del personal de salud frente a la presencia de la familia en los escenarios de la reanimación, y se destacó lo siguiente:

Se evidenció un aumento del estrés y mayor presión con la presencia familiar en ese momento frente a las decisiones y tareas que deben llevarse a cabo con el paciente, adicional a esto porque, ante cada acto, se hacen testigos de lo ocurrido, y en caso de un error o acción/intervención equivocada, puede generar pérdida de la confianza en el equipo reanimador, y cuando estos tienen conocimientos, existe una posibilidad más fuerte de plantear demandas, especialmente en los casos en los que el paciente muera. Esto, entonces, se convertirá en un distractor más, ya que implica pensar en evitar estos comentarios o acciones indebidas.

En el estudio de De la Flor Magdaleno y colaboradores (24) se encontró que el 40% de los profesionales de enfermería solicita al familiar abandonar el escenario de reanimación, mientras que el 60% no permitía la presencia familiar. El 64,10% señala que cuando esta no es eficaz y se da por terminada la reanimación, casi nunca quedan familiares presentes, el 13,46% de los familiares se aleja sin necesidad de decirles nada. Si los familiares son del gremio de la salud, el 97,67% opina que actuarían de forma diferente: la mayoría se identifican, se quedan y preguntan sobre el desarrollo del proceso.

No obstante, hallazgos de otros estudios sugieren que es más fácil para el personal de enfermería tener una mejor percepción sobre la presencia de los familiares durante la RCCP, y más cuando han sido ellos quienes han hecho un acompañamiento al familiar en la cabecera de la cama y cuando se está presenciando el evento, pues son los promotores del cambio en las políticas establecidas en sus instituciones (25,26).

Por lo anterior, la presencia de la familia durante la reanimación necesita educación y preparación, con el fin de facilitar el enfrentamiento de estos momentos tan críticos. De este modo, la enfermera es el personal idóneo que guía y apoya a la familia; igualmente, se requiere crear políticas claras que proporcionen un acceso en este escenario (27). Así mismo, se muestra la necesidad de reorientar lo referente a la presencia familiar en la reanimación, con la adopción de protocolos liderados por el profesional de enfermería, donde el apoyo psicológico predomine en todo este proceso, tanto para el personal de salud como para la familia.

Percepciones de la familia

En la reanimación, la familia se convierte en protagonista frente a las decisiones de continuar o parar las maniobras, pues es cons-

ciente de los cambios adaptativos que implica la toma de este tipo de decisiones (28). La mayoría de respuestas dadas por los familiares frente al proceso se orientan según las diferentes experiencias de afrontamiento con sus respectivos familiares, en términos de tiempo, proceso de la enfermedad, momentos de estrés generados por la gravedad e intensidad de la enfermedad. Por otro lado, las percepciones que tienen los familiares frente a la reanimación están influenciadas por las creencias, la religión, las experiencias y las actitudes.

Algunos familiares tienen experiencias carentes de sentimientos frente a lo vivido y refieren percepciones negativas a partir de esas mismas experiencias, como falta de esperanza, desasosiego y, sobre todo, durante la información recibida sobre sus seres queridos, ya que las ven como positivas frente a los padecimientos de sus seres queridos, por el solo hecho de estar con ellos, así sean los últimos momentos, ya que, en ocasiones, el estar presentes les da la capacidad de resolver y tomar decisiones que pueden llegar a ser determinantes cuando se está frente a la vida de un paciente que en ese momento le pertenece no solo al familiar, sino a todo el equipo de salud (29,30).

De igual manera, algunos familiares han manifestado sentimientos de inconformismo frente a las prohibiciones que, en algunos casos, se dan frente a su presencia durante la reanimación, y en entrevistas realizadas analizan y tratan de dar una justificación “porque teniendo la oportunidad de presenciar esta situación son aislados, ya que refieren que las medidas de técnicas asépticas no permiten su presencia, cuando cualquier persona del equipo de salud no tienen en cuenta esto, y entran y salen sin restricción alguna” (31,32). Este aspecto ha sido bastante criticado por los familiares, quienes reclaman la oportunidad de acompañamiento no solo durante la estancia de los pacientes o sus seres queridos en la unidad de cuidados intensivos, sino además en la reanimación (33,34).

Una revisión de tres estudios cualitativos (35) evidenció que la presencia de la familia durante la reanimación es vital, ya que les brinda esperanza, seguridad, comprensión de la situación actual y entendimiento sobre los éxitos y fracasos de la reanimación. Así mismo, se describen algunos beneficios para la familia, como la disminución de la ansiedad, comprensión de los esfuerzos del grupo tratante para salvar la vida de su familia y la elaboración del duelo (36).

Otros autores hallaron en sus investigaciones percepciones positivas, en las cuales la más relevante fue el deseo expresado por la familia de querer participar y acompañar a su ser querido durante la reanimación. Las familias que la presenciaron expresaron que habían logrado una conexión familiar, en la cual el contacto físico fue el principal elemento. Este contacto les permitió sobrellevar mejor las situaciones críticas, reforzar el valor y el sentido hacia el paciente y brindar seguridad y apoyo (37-39). También se destaca que las fa-

milias testificaron que el estar presentes durante la reanimación les permitió ver las cosas desde una perspectiva integral, pues podían comprender la gravedad y la condición de salud de su ser querido, lo que hacía más fácil asimilar la situación en caso de que no hubiera un desenlace satisfactorio, al mismo tiempo que no generaba en ellos eventos traumáticos a futuro.

Igualmente, les permitió valorar las acciones realizadas por el personal de enfermería y su equipo en pro de salvar la vida de su familiar, tener una mayor satisfacción, llevar un mejor desarrollo del duelo y disminuir la ansiedad, ya que al observar maniobras y esfuerzos del profesional de enfermería y su equipo, sentían seguridad frente a los procedimientos realizados en la sala (37). En conclusión, la presencia de la familia en la reanimación tiene múltiples beneficios, ya que permite observar lo que está sucediendo en el escenario de la reanimación y comprender los esfuerzos realizados por el personal asistente para salvar la vida de su familiar (40). Por esto motivo, el profesional de enfermería debe ser competente para brindar un adecuado acompañamiento y proporcionarle educación a la familia, de tal forma que permita que esta perciba su presencia en la reanimación como un elemento fundamental y positivo para la recuperación del paciente o apoyo en los momentos finales.

Percepciones del paciente que ha sobrevivido a la RCCP y su familia cuando ha participado en este escenario

Hewitt (41) argumenta que el paciente con un riesgo inminente de muerte está expuesto a presentar determinadas alteraciones emocionales, que genera sentimientos de estrés, ansiedad y desesperación; por eso la presencia de la familia en estos momentos se convierte en un factor protector y de seguridad para ellos (42).

Muchas veces estas reacciones psicológicas son poco atendidas por los profesionales de enfermería, ya que se hace caso omiso de sus sentimientos y opiniones, por la premura de tiempo al estabilizarlo de su condición crítica o porque se piensa que sus opiniones anticipadas no tienen relevancia alguna en el manejo de su enfermedad.

Algunos estudios, como el de García de Alba y colaboradores o el de Nibert (43,44), mostraron que los pacientes anhelaban el acompañamiento de sus familiares en el momento de requerir maniobras de RCCP, y que esta solicitud estaba determinada por el deseo de no estar solos ante la posibilidad de la muerte.

Los pacientes que han sobrevivido manifiestan una serie de acontecimientos que hoy en día se denominan *experiencias cercanas a la muerte* (ECM). La mayoría, condicionadas a la cercanía de su familia en este momento. Algunos autores consideran que las ECM no son atribuibles a estados alucinatorios y que, de algún modo, estas personas habrían bordeado el límite de la muerte sin llegar a cruzar-

lo, pues en tal caso no hubieran regresado. A los investigadores que relatan sobre la ECM les sorprendía el hecho de que durante el paro cardiaco los aparatos no registraran actividad cerebral alguna y, en cambio, hubiera personas capaces de relatar percepciones detalladas que indicaban la existencia de un alto grado de conciencia durante ese tiempo (45). Estos interrogantes generaron que los doctores Fenwick y Parnia pusieran en marcha el primer estudio sobre esta temática, para investigar en condiciones de laboratorio qué le sucede al cerebro y a la mente durante el estado de muerte clínica. El estudio AWARE, hoy en día, se presenta como la fórmula que permite resolver satisfactoria y simultáneamente determinados aspectos éticos y epistemológicos involucrados por este tipo de investigaciones (46,47).

Las personas que participaron en este estudio no comprenden qué les pasó. De pronto se ven saliendo de su cuerpo físico y situándose por encima del área donde estaban hospitalizados. Miran hacia abajo y ven su cuerpo rodeado de la gente que intenta recuperarlo sin conseguirlo. Todo es inútil. Ellos referían que querían ver a su familia cerca a ellos y gritarles que se encontraban bien y que están allí con ellos, pero no podían. Se sentían muy a gusto, sin dolor alguno, aunque totalmente perplejos ante esta situación. De pronto sentían una gran fuerza, que es como si tirara de ellos hacia atrás. Notan cómo su cuerpo, “por llamarle de algún modo”, se proyecta hacia una especie de túnel, atraído por esa fuerza que los arrastra. Es como una especie de túnel circular. Es inmenso y algo oscuro. Al fondo comienza a vislumbrarse una potente luz que se hace más grande a cada momento (48). Es importante destacar que los pacientes estudiados manifestaban haber tenido miedo y sentirse solos en los segundos que precedieron al paro cardiaco y deseaban haber tenido a su familia en estos momentos (49).

En un estudio realizado en el Reino Unido, en 493 pacientes sometidos a RCCP, el 72% experimentó haber perdido toda sensación de dolor y sufrimiento, mientras su conciencia salía de su cuerpo físico, y podía presenciar como testigo todo cuanto sucedía a su alrededor, incluso conocía el dictamen médico de su muerte. En un primer momento, algunos sentían angustia por no ser oídos, y luego total despreocupación por los lazos que lo unían a la vida terrena, pérdida de los apegos y sensación de estar más allá del bien o del mal. También presenciaban las actividades a su alrededor y aseguraban haber visto una luz incomparable, cálida, armoniosa, tranquilizante que los llenaba de paz. Esta luz desprendía tanta energía y tanto amor que resultaba muy difícil describirlos, y que nunca habían sentido tanta comprensión, amor y cariño como el que irradiaba aquella maravillosa energía; manifestaron que el regreso no fue agradable, porque volvían al dolor y al sufrimiento, y que al principio sentían rechazo por aquellos (médicos, enfermeras y la familia) que impidieron que disfrutaran la luz (50).

Es notable el cambio que estas personas demostraron después de esas experiencias. Su personalidad se hizo más abierta, se preocuparon mucho más por aquellos que los rodeaban, su carácter se dulcificó, advirtieron un cambio en su vida y perdieron el temor a la muerte. También es necesario mencionar que muchas personas declaradas clínicamente muertas no recuerdan nada de lo ocurrido, pero quedan huellas, en la mayoría de ellas, que se reflejan en un cambio del carácter y de conducta frente a los problemas cotidianos.

Sin embargo, no todas las personas que tuvieron una experiencia cercana a la muerte relatan sucesos agradables. Maurice Rawlings, cardiólogo de Tennessee, Estados Unidos, en su libro *Más allá de las puertas de la muerte*, informa que en sus investigaciones la quinta parte de los pacientes recuperados de un paro cardíaco habla de sus vivencias de forma inmediata y refieren experiencias desagradables en cuanto al ambiente y a las visiones que tuvieron. Cabe destacar que la familia no estaba en ese momento. Poco después bloquean esos recuerdos y varios días más tarde no pueden recuperarlos (51).

Por otro lado, el sacerdote católico Ángel Peña (52) manifiesta que estas experiencias del más allá de la muerte son tan reales que marcan la vida futura de la persona y tienen un efecto transformador positivo. Entre los efectos positivos más frecuentes suele darse el no tener miedo a la muerte y saber que la tarea más importante de la vida es amar y hacer el bien a todos.

Estas reacciones argumentadas por los pacientes después de esta vivencias se ven reflejadas en el estudio de Pim Van y colaboradores, según el cual los que habían sobrevivido a un paro cardiorrespiratorio y no estaba su familia en el proceso de la RCCP manifestaron sentir miedo (53). Ello era considerado una respuesta normal del organismo de naturaleza innata, al sentir cerca la muerte y que aún no estaban preparados para ella.

Tal evento ha generado que la familia se haga participe en el momento de la RCCP como elemento de apoyo y seguridad para el paciente, lo que garantizaría mayor aceptación y favorecería la disminución de los estresores que afectan al paciente. Además, permitiría una recuperación oportuna y favorable durante el proceso de hospitalización.

Al conocer estas percepciones, el profesional de enfermería debe promover que, en la medida en que se pueda, a los pacientes que se encuentren en riesgo inminente de muerte se les permita expresar sus sentimientos, emociones, temores y su voluntad respecto a la presencia de su familia en momentos críticos como una RCCP, cuando el apoyo psicológico para el paciente y a la familiares es prioritario.

Conclusiones

- La participación de la familia en los escenarios avanzados de cuidado del paciente (específicamente de reanimación) se convierte en

un elemento fundamental que contribuye a disminuir la ansiedad y a aumentar la seguridad en los procedimientos realizados y en la toma de decisiones. Por tal motivo, el profesional de enfermería debe permitir que el paciente exprese su voluntad, indicando que su familia puede estar en momentos de riesgo o en la realización de procedimientos o maniobras avanzadas; así como liderar, diseñar, implementar y evaluar programas de acompañamiento y orientación a la familia.

- Algunos profesionales de enfermería que participaron en los estudios analizados perciben de forma negativa la presencia de la familia en la RCCP, puesto que consideran que se pueden desencadenar en la familia traumas psicológicos, eventos traumáticos por los procedimientos de la RCCP, aparición de ansiedad y angustia. También existe el riesgo que los profesionales cometan errores en la maniobras al sentirse observados. Probablemente estas percepciones están condicionadas, porque no han vivido la experiencia de haber tenido a la familia en la RCCP, cuentan con poco entrenamiento en maniobras de RCCP y poseen una cultura orientada a la poca flexibilización de las visitas y participación de la familia.
- Los profesionales de enfermería que han vivido la experiencia de la familia en la RCCP y que contaban en sus instituciones con políticas de acompañamiento perciben de forma positiva esta participación, porque permite mayor comprensión sobre la condición del paciente, generar espacios para ofrecer apoyo emocional y ayudar a la familia a tomar decisiones y elaborar el duelo.
- Los familiares perciben su presencia beneficiosa, pues argumentan sentimientos, como disminución de la ansiedad, angustia, aumento de la confianza en el personal y facilidad en la aceptación de la situación; también afirman que su presencia es un derecho y que permitirle se convierte en un deber de los profesionales de enfermería.
- Las percepciones de los pacientes que sobrevivieron a una RCCP fueron positivas. Ellos han destacado que la presencia de su familiar les disminuyó la ansiedad y temor a morir solos o despertarse y sentir a su familia cerca; así mismo, sintieron mayor humanización posterior a la RCCP. Es importante señalar que no se encontraron suficientes estudios que permitan un análisis más profundo de lo que sintieron y, adicional, no se señalaban cuáles eran las condiciones clínicas previas del paciente antes de la RCCP, que permitiera darles mayor validez a lo referido por ellos.
- Se evidencia la necesidad de implementar en nuestro país la participación de la familia en este escenario. Se inicia con la apertura a las vistas de forma flexible, aplicando las recomendaciones de las *Guías europeas de reanimación* y de la Sociedad Andaluza, y con el



desarrollo de estudios experimentales que permitan dar una perspectiva más fiable de los protagonistas de la reanimación.

Referencias

1. De Albísturi M. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Médica Uruguay*. 2000;16:243-56.
2. Fulbrook P, Latour J, Albarrán J, Graaf de W, Lynch F, Devictor D et al. the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation working group. *Crit Care Nurs*. 2007;5(4):86-8.
3. Ridruejo R. Pronóstico de los pacientes recuperados tras un episodio de muerte súbita. *Anuario Medicina Interna*. 2007;24(5):217-20.
4. Torres Pérez L, Morales Asencio JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 2004;4(1):13-9.
5. Ellen M. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2010;346:1019-21.
6. Torrents R, Torras O, Saucedo M, Jover L. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*. 2003;14(2):49-60.
7. Baskett P, Petter A, Bossaert L. La ética de la reanimación y las decisiones del final de la vida. En: *Directrices de reanimación del European Resuscitation Council* [internet]. 2005. Disponible en: http://www.soclardt.org.es/files/documentos/s8_Etica_de_la_reanimacion.pdf.
8. Franco C. Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la unidad de cuidados intensivos [tesis no publicada]. Lima: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati; 2004.
9. The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular. *Circulation*. 2000;102(8):1-374.
10. Eckle N. Presenting the option for family presence. Dallas, TX: Emergency Nurses Association; 2007.
11. Peláez I, Castello B. Presencia familiar durante maniobras de reanimación. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2006;18:135-40.
12. Lowe D. Historia de la percepción burguesa [internet]. 2009 [citado enero 2011]. Disponible en: <http://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/2688697/Historia-de-la-Percepcion-Burguesa---Donald-Lowe.html>.

13. Mian P, Warchal S. Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians': attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Crit Care Nurse*. 2007;27:52-61.
14. Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, Papa A, Li S, Walsh J. Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2009;37(5):469-73.
15. Mitchel M, Wendy B. Patient-and family-centred care in saskatchewan: a framework for putting patients and families first. *Am J Crit Care*. 2009;18:543-52.
16. Salmond S. A systematic review of family witnessed resuscitation and family witnessed invasive procedures in adults in hospital settings internationally [internet]. 2010 [citado nov 2010]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/54838800/A-Systematic-Review-of-Family-Witnessed-Resuscitation-and-Family>.
17. Maclean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, Désy P. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Am J Crit Care*. 2003;12(3):246-57.
18. Blanca Gutiérrez JJ, Blanco Alvariño AN, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* [internet]. 2008;(12). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/822/842>.
19. Díaz-Sánchez A, Díaz-Sánchez N. Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *NURE Investigación* [internet]. 2004 [citado 26 jul 2011]. Disponible en: http://www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=76.
20. Ritchell D, Paul E. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation?: A review of the literature. *Am J Hosp Palliat Med*. 2000;20(10):1-7.
21. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9(3):72.
22. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(1):135-9.
23. Wacht O, Dopelt K, Snir Y, Davidovitch N. Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *Isr Med Assoc J*. 2010;12(6):366-70.
24. De la Flor Magdaleno B, Castelo Tarrío I, Andetxaga Vivanco I, Peláez Corres N. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias*. 2006;18:135-40.

25. Bernat R, López J, Fontseca J. Vivencia de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo. *Enferm Clínica*. 2003;10(1):19-28.
26. McClement S, Fallis W, Pereira A. Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41(3):233-40.
27. Redley B. Family member presence during resuscitation in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2004;(16):295-308.
28. Walker W. Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *J Adv Nurs*. 2007;64(4):348-62.
29. McClenathan B, Torrington KG, Uyehara CF. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. *Chest*. 2002;122(6):2204-11.
30. Tomlinson K. family presence during adult resuscitation a survey of emergency department registered nurses and staff attitudes. *Adv Emerg Nurs J*. 2010;32(1):46-58.
31. Hodge N, Marshall P. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Collegian*. 2009;16:101-18.
32. Hung MS, Pang SM. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J Adv Nurs*. 2010;67(1):56-67.
33. Davidson JE et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35:605-22.
34. Achury D, Achury L. Presencia de la familia en la reanimación cardiopulmonar. *Revista Española de Enfermería en Cardiología*. 2010;50(2):1-5.
35. Clark AP et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005;17:23-32.
36. Eichhorn DJ, Meyers TA, Guzzetta CE, Clark AP, Calvin AO. Family presence during invasive procedures and CPR: policy and politics in nursing and health care. 4th ed. Philadelphia: s. e.; 2002.
37. Clark AP, Calvin AO, Meyers TA, Eichhorn DE, Guzzetta CE. Family presence during CPR and invasive procedures: a research-based intervention. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2001;13:569-75.
38. Agard M. Creating advocates for family presence during resuscitation. *Nursing-June*. 2008;17(3):155-60.
39. Axelsson A, Zettergren M, Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing June*. 2005;4(2):161-9.
40. Palencia Herrejón E. ¿Son competentes los familiares de los pacientes críticos para la toma de decisiones? *REMI*. 2002;2(1):296.
41. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*. 2002;11:575-84.

42. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavão OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med.* 1997;25(12):1421-6.
43. García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL. Reanimación cardiopulmonar presenciada en el contexto hospitalario mexicano: un estudio de caso en pacientes y familiares. *Desacatos.* 2010;34:149-64.
44. Nibert AT. Teaching clinical ethics using a case study family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Nurse.* 2005;25(1):38-44.
45. Rodríguez T. Manejo y orientación psicológica en pacientes con enfermedad vascular en estado de gravedad. *Revista Psicología Científica* [internet]. 2011 [citado ago 2011];13(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-477-1-manejo-y-orientacion-psicologica-en-el-paciente-con-enfermed.html#>.
46. Rosenczweig C. Should relatives witness resuscitation?: ethical issues and practical considerations. *CMAJ.* 1998;158:617-62.
47. Holzhauser K. Family presence during resuscitation: A randomized controlled trial of the impact of family presence. *Australasian Emergency Nursing Journal.* 2006;8(4):139-47.
48. Retxaga Burgos R. Ciencia de las conciencias durante el trance de la muerte, algunas consideraciones contextuales y filosóficas. *Letras de Deusto.* 2009;39(122):243.
49. Howlett, Mary S. Attitudes regarding family presence during resuscitation of adults. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice.* 2010;24(3):161-74.
50. Benjamin M, Holger J, Carr M. Personal preferences regarding family member presence during resuscitation. *Acad Emerg Med.* 2004;11:750-3.
51. Rawlings M. Más allá de las puertas de la muerte. Madrid: Libra; 1980.
52. Peña Á. Experiencias del más allá. Lima: s. e.; 2004.
53. Pim Van L. Experiencias en la cercanía de la muerte en supervivientes a un paro cardíaco: un estudio prospectivo en los Países Bajos. *Lancet.* 2001;358:2039-45.