



Universitat de Lleida

Conocimientos y actitudes de enfermería ante los aspectos bioéticos que circunscriben la Parada Cardiorrespiratoria

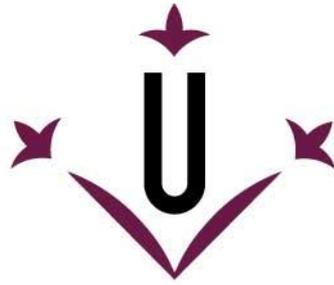
Verónica Tíscar González

<http://hdl.handle.net/10803/669690>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida

TESIS DOCTORAL

**Conocimientos y actitudes de enfermería ante
los aspectos bioéticos que circunscriben la
Parada Cardiorrespiratoria**

Verónica Tíscar González

Memoria presentada para optar al grado de
Doctor con Mención Internacional por la Universidad de Lleida
(Programa de Doctorado en Salud)

Dirección

Dra. Montserrat Gea Sánchez

Dra. Teresa Moreno Casbas

Dr. Joan Blanco Blanco

Tutorización

Dr. Joan Blanco Blanco

Lleida, 2020

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

VERÓNICA TÍSCAR GONZÁLEZ

LLEIDA, 2020

Esta tesis doctoral está organizada según las directrices de la normativa aprobada por el acuerdo número 19/2002 de la Universidad de Lleida para la presentación de tesis doctorales en formato de artículos.

Con ella se ha pretendido iniciar una línea de investigación que tiene como objetivos evaluar e interrelacionar los conocimientos teórico-prácticos en Reanimación Cardio Pulmonar (RCP), con las actitudes ante los aspectos éticos que circunscriben el contexto de una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) y a la vez explorar el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes y la presencia de familiares durante la RCP; todo ello desde la perspectiva de los propios pacientes, de sus familiares y de los propios profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos de esta investigación científica están descritos en forma de publicaciones científicas, contribuciones en Congresos y foros científicos nacionales e internacionales, así como con la obtención de financiación competitiva que se describen a continuación:

Publicaciones científicas

- Artículo I: Umbrella review of the evidence about inpatient witnessed resuscitation. En revisión en la revista *International Journal of nursing studies*. Factor de impacto 3.570, Q1, 1/120 en el Journal Citation Report (JCR) 2018, en la categoría NURSING - SCIE.
- Artículo II: Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: Cross-sectional survey analysis. Publicado en la revista PeerJ. 2019. Factor de impacto 2.353, Q2, 27/69 en el Journal Citation Report (JCR) 2018 en la categoría MULTIDISCIPLINARY SCIENCES - SCIE.
- Artículo III: The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation. Publicado en Nursing Ethics. 2019. Factor de impacto 1.957, Q1, 23/120 en el Journal Citation Report (JCR) 2018, en la categoría NURSING - SCIE.
- Artículo IV: Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. Publicado en Atención Primaria. 2018. Factor de impacto 1.346, Q3, 14/19 en el Journal Citation Report (JCR) 2018, en la categoría PRIMARY HEALTH CARE – SCIE y Q3, 88/160 en la categoría MEDICINE, GENERAL & INTERNAL – SCIE.

Contribuciones a Congresos y foros científicos Internacionales

- XIX Encuentro Internacional de Investigación en cuidados. Cuenca 2015. Presentación de la comunicación oral: Tíscar González V, Rodríguez Molinuevo A, Gea Sánchez M, Blanco Blanco J. Conocimientos y actitud de las enfermeras de hospitalización de la OSI Bilbao-Basurto ante la Parada Cardiorrespiratoria.
- XX Encuentro Internacional de Investigación en cuidados. A Coruña 2016. Presentación de la comunicación oral: Tíscar González V, Rodríguez Molinuevo A, Gea Sánchez M, Blanco Blanco. Percepciones de los profesionales sanitarios acerca de los aspectos bioéticos en la Parada Cardiorrespiratoria.
- XXI Encuentro Internacional de Investigación en cuidados. Córdoba 2018. Presentación de la comunicación oral: Tíscar-González V, Gea-Sánchez M, Blanco-Blanco J, Moreno-Casbas MT, Peter E. Los aspectos bioéticos del rol de la enfermera entorno al paro cardíaco: narraciones de los pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco.

Contribuciones a Congresos y foros científicos Nacionales

- IX Jornadas de enfermería del País Vasco. Irún 2015. Presentación de la comunicación oral: Tíscar González V, Rodríguez Molinuevo A, Blanco Blanco J, Gea Sánchez M. Cuestionario sobre conocimientos y actitud de enfermería ante la Parada Cardiorrespiratoria. Creación y pilotaje.
- X Jornadas de enfermería del País Vasco. Bilbao 2017. Presentación de la comunicación oral: Tíscar González V, Gastaldo D, Moreno Casbas M, Peter E, Rodríguez Molinuevo A, Gea Sánchez M. Presencia de familiares durante las maniobras de RCP en paciente adulto: perspectiva de enfermeras, médicos, paciente y familia en el País Vasco.

Financiación obtenida

- Ayudas para la movilidad de profesionales sanitarios e investigadores del SNS, M-BAE AES 2016, con código BA16/00045, para la realización de una estancia de investigación de dos meses en la Universidad de Toronto (Canadá) durante los meses de febrero a marzo del 2017.
- Financiación parcial de la OSI Bilbao-Basurto, proyecto OSIBB15 para material fungible y transcripciones por una empresa externa, así como para gastos de publicación de la revista Atención Primaria.
- Beca para la formación de profesionales del ámbito sanitario del Gobierno Vasco (Resolución de 11 de octubre de 2017) para una estancia de formación e investigación en la Universidad de Toronto Canadá, durante Julio del 2017. N. expediente 2017011022.

Las Doctoras Montserrat Gea Sánchez y María Teresa Moreno Casbas y el Doctor Joan Blanco Blanco,

HACEN CONSTAR QUE:

- Que la investigadora en formación. Verónica Tíscar González ha realizado bajo su dirección la Tesis Doctoral que lleva por título: **Conocimientos y actitudes de enfermería ante los aspectos bioéticos que circunscriben la Parada Cardiorrespiratoria.**
- Que una vez revisada la memoria consideran que cumple, con creces, los requisitos necesarios para optar al grado de Doctor.
- Que es una tesis por artículos, el estado de los mismos es el siguiente:
 - Artículo I: Umbrella review of the evidence about inpatient witnessed resuscitation. En revisión en la revista *International Journal of nursing studies*. Factor de impacto 3.570, Q1, 1/120 en el Journal Citation Report (JCR) 2018, en la categoría NURSING - SCIE.
 - Artículo II: Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: Cross-sectional survey analysis. Publicado en la revista PeerJ. 2019. Factor de impacto 2.353, Q2, 27/69 en el Journal Citation Report (JCR) 2018 en la categoría MULTIDISCIPLINARY SCIENCES - SCIE.
 - Artículo III: The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation. Publicado en *Nursing Ethics*. 2019. Factor de impacto 1.957, Q1, 23/120 en el Journal Citation Report (JCR) 2018, en la categoría NURSING - SCIE.
 - Artículo IV: Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. Publicado en *Atención Primaria*. 2018. Factor de impacto 1.346, Q3, 14/19 en el Journal Citation Report (JCR) 2018, en la categoría PRIMARY HEALTH CARE – SCIE y Q3, 88/160 en la categoría MEDICINE, GENERAL & INTERNAL – SCIE.
- Que se cumplen los criterios para optar a la mención internacional.

Firmado:

Montserrat Gea-Sánchez

María Teresa Moreno-Casbas

Joan Blanco-Blanco

A mis dos pilares, Natxo y Haizea

Agradecimientos

Cuando me embarqué en este proyecto, lo hice a sabiendas del importante esfuerzo y dedicación que iba a suponer, pero la ilusión y las ganas eran sin duda más fuertes.

No obstante, no lo hice sola, sino que contaba con el apoyo incondicional de las dos personas más importantes, mi marido Natxo y mi hija Haizea. Me prometí a mí misma que cuando al fin llegara a buen puerto, de lo cual mi persistencia era el mejor aval, no figurarían en los agradecimientos por todos esos momentos que no he podido compartir con ellos, sino por todos en los que su apoyo, comprensión y respeto han sido pilar y fuerza para continuar adelante. Me han acompañado pacientes y orgullosos allá donde el proyecto y un cúmulo de casualidades me han llevado: Lleida, Madrid, Finlandia o Canadá. De alguna forma esta tesis forma ya parte de nuestras vidas y ha tejido parte de la maraña de nuestra historia y recuerdos familiares. Por todo ello y por habérmelo hecho tan fácil... eskerrik asko, maite zaituztet.

A mi madre, por haber hecho en ocasiones de niñera improvisada e incluso por el ya mítico: “por qué te metes en tantas cosas...”

A mis amigas, por vuestro ánimo y apoyo incondicional, especialmente a David de la Iglesia, Nuria de Ríos, Garrastatxu Landaluce y Encarni Benitez.

A Maite Valtierra, por su apoyo y confianza durante mi andadura profesional. Ha sido para mí un modelo de liderazgo, integridad y valores desde mis comienzos en la enfermería.

A todas las compañeras de mi trayectoria asistencial en OSI Bibao-Basurto (Osakidetza), enfermeras, auxiliares y médicos, porque todos esos buenos y no tan buenos momentos vividos son los que han forjado la enfermera, pero sobre todo la persona en la que a lo largo de estos años me he convertido. De ahí nació mi inquietud por la Bioética, la necesidad de reflexionar sobre la importancia que tenemos las enfermeras en los últimos momentos de la vida y en las situaciones de urgencia. A mis compañeras/os de la Comisión de Bioética de dicha organización con quienes he compartido inquietudes y grandes momentos.

A todas las compañeras de mi etapa actual en OSI Araba (Osakidetza), por su apoyo moral en esta recta final.

A todas las enfermeras, médicos y pacientes que participaron en las distintas fases de este proyecto (en los grupos de discusión, como expertos/as en la técnica Delphi o simplemente cumplimentando el

cuestionario). Sin su colaboración no habría sido posible. Agradecer en especial a la Asociación de Enfermos y Trasplantados de Corazón y pulmón de Euskadi.

La fortuna hizo que en este viaje pudiera contar también con tres compañeros/as de excepción, que sin duda han marcado la diferencia. Grandes profesionales, pero ante todo grandes personas.

A mis dos directoras de tesis y a mi tutor y también director:

Montserrat Gea: Por sus ganas, su fuerza y su ilusión contagiosa. Ha sido un privilegio poder contar contigo.

Maria Teresa Moreno: Me dijo en cierta ocasión que era como el río Guadiana. Que desaparece para aparecer después de un tiempo. Nada más lejos de la realidad, ya que siempre te he sentido cerca.

Joan Blanco: Por estar siempre ahí, por transmitir esa serenidad y calma que hace tan sencillo lo complejo.

Gracias a los tres. Ha sido realmente sencillo trabajar con vosotros a pesar de la distancia que nos separa geográficamente.

A Elizabeth Peter y a Denise Gastaldo. Por abrir mi mente a la investigación cualitativa y a la bioética de una forma más profunda de la que lo había hecho hasta ahora, desaprendiendo no para aprender, sino para comprender.

Eskerrik asko guztioi!!

“Al comienzo de mi viaje, yo era ingenuo y no sabía todavía que las respuestas se desvanecen cuando uno continúa viajando, que adelante solo hay más complejidad, que hay muchas más interrelaciones, preguntas”

Kaplan, 1996 p

Durante esta tesis se utilizará el término *enfermera* y su plural, *enfermeras*, para hacer referencia a todo el colectivo de la profesión, tal y como recomienda el Consejo Internacional de Enfermería.

Esta tesis está escrita en lengua inglesa y española y cumple la normativa del doctorado internacional.

Índice general

1. Prólogo.....	9
2. Resúmenes	13
2.1. Resumen	15
2.2. Abstract	17
2.3. Resum	19
2.4. Laburpena.....	21
3. Capítulo I: Introducción	23
4. Capítulo II: Marco teórico.....	27
4.1. PCR y RCP.....	29
4.1.1 Definición de PCR y de RCP.....	29
4.1.2. Datos epidemiológicos de la PCR y la RCP.....	31
4.1.3. Recomendaciones ERC 2015	32
4.1.4. Importancia de la formación en RCP y el reciclaje	32
4.1.5. Conocimientos de los/as profesionales de Salud en materia de RCP	33
4.2. Bioética	34
4.2.1. Definición de Bioética.....	34
4.2.2. Principios éticos que guían la práctica clínica	35
4.2.3. El concepto de “Buena muerte”	36
4.2.4. Aspectos bioéticos en la PCR.....	37
4.2.5. Documento de voluntades anticipadas.....	38
4.2.6. Limitación del esfuerzo terapéutico y ONIR.....	40
4.2.7. Dilemas éticos que circunscriben la PCR. Distrés moral.....	43
4.2.8 Presencia de familiares durante la RCP	44
4.3. Rol de la enfermera	45
4.3.1 Rol de la enfermera en los aspectos éticos	46
4.3.2. Deliberación moral	48
4.4. Abordaje desde el pluralismo metodológico.....	48
4.4.1. Pluralismo metodológico.....	48
4.4.2. Ética feminista	48
5. Capítulo III: Hipótesis y objetivos	51
5.1 Hipótesis	53
5.2. Objetivos.....	55
6. Capítulo IV: Metodología.....	57
6.1. Metodología para abordar el objetivo específico número 1.....	58

6.2. Metodología para abordar los objetivos específicos 2 y 3	60
6.3. Metodología para abordar los objetivos específicos 4 y 5. Abordaje cualitativo	62
6.4. Análisis específico utilizado para dar respuesta al objetivo número 4	64
7. Capítulo V: Justificación.....	67
8. Capítulo VI: Resultados.....	71
8.1. Artículo I: Umbrella review of the evidence about inpatient witnessed resuscitation.....	74
8.2. Artículo II: Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: Cross-sectional survey analysis.	115
8.3. Artículo III: The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation.	135
8.4. Artículo IV: Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco.....	155
9. Capítulo VII: Discusión	165
9.1. La presencia de familiares durante la RCP	168
9.2. Conocimientos teóricos-prácticos y actitudes ante los aspectos éticos de la PCR	173
9.3. Rol de la enfermera ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR	175
9.4. Limitaciones del estudio.....	180
10. Capítulo VIII: Conclusiones	183
11. Líneas de investigación futuras	187
12. Referencias bibliográficas.....	191
13. Anexos	213
Anexo 1: Informe favorable del CEIC de la OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza).....	215
Anexo 2: Informe favorable CEIC Euskadi (Osakidetza)	217
Anexo 3: Checklist para la valoración crítica de Revisiones sistemáticas (JBI)	219
Anexo 4: Hoja informativa y consentimiento informado de la técnica Delphi	221
Anexo 5: Hoja informativa y documento informado de los grupos de discusión	223
Anexo 6: Cuestionarios de los expertos/as	225
Anexo 7: Cuestionario CAEPCR (Versión 1)	227
Anexo 8: Cuestionario CAEPCR (Versión 2)	22413

Índice de tablas

1. Artículo I	74
1.1. Tabla 1. Estrategia de búsqueda en las bases de datos.....	97
1.2. Tabla 2. Resultados de la valoración crítica	105
1.3. Tabla 3. Tabla resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas.....	107
1.4. Tabla 4. Tabla resumen de las características de los estudios incluidos.....	110
2. Artículo II	115
2.1. Tabla 1. Características sociodemográficas.....	121
2.2. Tabla 2. Frecuencia de aciertos en el cuestionario teórico-práctico.....	122
2.3. Tabla 3. Frecuencia de aciertos de conocimientos teórico/prácticos en función de la experiencia laboral y el tipo de contrato.....	123
2.4. Tabla 4. Frecuencia de aciertos de conocimientos teórico/prácticos según servicio.....	123
2.5. Tabla 5. Evaluación del conocimiento en función del último curso, PCR y la necesidad de reciclaje.....	124
2.6. Tabla 6. Matriz de componentes rotados.....	124
2.7. Tabla 7. Frecuencia de acuerdo en el cuestionario de actitudes.....	127
3. Artículo IV.....	155
3.1. Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes en los grupos de discusión.....	159
3.2. Tabla 2. Temas a tratar en los grupos de discusión.....	160
3.3. Tabla 3. Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: Impacto de la actuación en la familia.....	160
3.4. Tabla 4. Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: Peso de la responsabilidad ética y legal.....	161
3.5. Tabla 5. Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales	162
3.6. Tabla 6. Lo conocido sobre el tema/ Qué aporta este estudio.....	163

Índice de figuras

1. Figura 1. Resumen metodología utilizada en el desarrollo de esta tesis doctoral.....	58
2. Figura 2. Cuadrado de la reflexión.....	65
3. Figura 3. Categorías para el análisis desde la ética feminista.....	65
4. Artículo I	74
4.1. Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA.....	96
5. Artículo II	115
5.1. Figura 5. Diagrama de flujo de la técnica Delphi.....	119

Índice de siglas y abreviaturas

ACP: Análisis de Componentes Principales

AESP: Actividad eléctrica sin pulso

AHA: American Heart Association

ANZCOR: Comité de Resucitación de Australia y Nueva Zelanda

CAEPCR: Cuestionario de Conocimientos y Actitudes de Enfermería ante la PCR

ERC: European Resuscitation Council

FV: Fibrilación ventricular

HSFC: Fundación del Corazón e Ictus de Canadá

IAHF: Fundación Interamericana del Corazón

ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation

JBI: Joanna Briggs Institute

LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico

ONIR: Orden de No Intentar Reanimación

OSI: Organización Sanitaria Integrada

PCR: Parada Cardiorrespiratoria

RCA: Consejo de Resucitación de Asia

RCE: Retorno de la Circulación Espontánea

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

RCSA: Consejo de Resucitación de Sudáfrica

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SVA: Soporte Vital Avanzado

1. Prólogo

A lo largo de mis doce años de ejercicio en la atención asistencial, en más de una ocasión tuve que enfrentarme a situaciones que generaron en mí ciertos dilemas éticos, llegando a cuestionarme incluso la idoneidad de nuestra actuación como profesionales de la salud.

Dichos conflictos éticos alcanzan su máximo exponencial en el contexto que rodea una Parada Cardiorrespiratoria (PCR), lo cual resulta sencillo de comprender, dada la emergencia de la atención y la falta de tiempo para la deliberación y la toma de decisiones cuando la PCR ya ha sucedido.

Sin embargo, en numerosas ocasiones, existe en el ámbito hospitalario el tiempo suficiente para el abordaje, la reflexión y la planificación de la mejor manera, más “ética”, de actuación, mucho antes de que suceda la PCR.

Los aspectos que pueden influir en el buen desarrollo de una Reanimación Cardiopulmonar (RCP) son múltiples y sabidos, entre ellos se puede destacar: los conocimientos teórico-prácticos de todos los miembros del equipo que participan en las maniobras, la existencia y conocimiento de un protocolo de actuación preestablecido a nivel organizacional, el liderazgo y la coordinación del equipo en el momento de la actuación...

Sin embargo, hay otros aspectos sobre los que no se reflexiona habitualmente en la formación de RCP y cuya trascendencia resulta vital para la salvaguarda de los derechos de los y las pacientes. Se trata de los aspectos éticos que circunscriben dicho contexto. Por todo ello y ante el vacío existente en la literatura científica de nuestro país, se hace necesario conocer si existe interrelación entre los conocimientos teórico-prácticos y las actitudes que muestran los/as profesionales de la salud y definir cuál es el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes en nuestro contexto sociosanitario.

Se espera que los resultados de esta tesis doctoral sirvan para el empoderamiento de la práctica ética enfermera en el contexto de una PCR.

Verónica Tíscar-González

2. Resúmenes

2.1. Resumen

Introducción

En la práctica clínica emergen situaciones entorno a la PCR que generan conflictos éticos en los/as profesionales, siendo necesaria la deliberación moral con el fin de garantizar el derecho de autonomía del/la paciente. El rol de la enfermera es esencial.

Objetivo principal

Analizar y describir el rol de la enfermera ante la PCR atendiendo también a los aspectos bioéticos que circunscriben dicho contexto.

Como **objetivos específicos** se plantea diseñar y validar una herramienta que evalúe conocimientos y actitudes ante la PCR, explorar el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes y conocer la perspectiva de pacientes, familia y profesionales de la salud acerca de la RCP presenciada en nuestro contexto sociocultural.

Metodología

Se desarrolló metodología mixta.

En la parte cuantitativa, se diseñó y validó un cuestionario sobre conocimientos teórico-prácticos y actitudes ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR. Para ello, se utilizó la Técnica Delphi, se pilotó (30 enfermeras) y se envió a todas las enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza), obteniendo 347 cuestionarios. Se evaluaron las medidas psicométricas (Alpha de Cronbach).

Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman y la chi-cuadrado de Pearson para la relación entre dos variables; y el test de Wilcoxon Mann Whitney y Kruskal-Wallis para la relación entre datos sociodemográficos y nivel de conocimientos.

En la **parte cualitativa** se desarrolló un estudio exploratorio, con cuatro grupos de discusión (dos de enfermeras, uno de médicos y otro de pacientes y familiares). Se realizó análisis temático.

Se analizó el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los pacientes desde la ética feminista de Walker (1998) y la presencia de familiares durante la RCP.

Resultados

Las actitudes que muestran las enfermeras ante la PCR están interrelacionadas con los conocimientos teórico-prácticos.

En el estudio del rol de la enfermera como defensora de los derechos de los pacientes surgieron tres categorías: i) acompañando a los pacientes durante el final de la vida en un contexto de supremacía médica, ii) manteniendo el pacto de silencio iii) ceder a la inseguridad jurídica y a las preocupaciones.

En relación a la presencia de familiares durante la RCP: i) impacto de la actuación en la familia; ii) peso de la responsabilidad ética y legal; iii) poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.

Conclusiones

Este estudio facilita una herramienta para evaluar conocimientos y actitudes ante los aspectos éticos de la PCR, llenando un vacío existente en la literatura científica.

Así mismo, pone al descubierto la necesidad de formación en aspectos ético-legales, lo que evitaría prácticas éticamente controvertidas como el "Slow code" o el pacto de silencio.

Las relaciones de poder institucionales, la supremacía del conocimiento médico y el contexto sociocultural delimitan el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes. En nuestro país, la enfermera no desarrolla un rol activo en este contexto, por lo que este estudio puede ser útil para el empoderamiento de la práctica ética enfermera. Es necesaria la deliberación moral entre profesionales de la salud y paciente/familia.

Palabras clave: Resucitación cardiopulmonar, Conocimiento, Actitud, Enfermeras Clínicas, Bioética

2.2. Abstract

Introduction

In clinical practice, situations arise around a cardio-respiratory arrest that generate ethical conflicts in professionals, and moral deliberation is necessary in order to guarantee the patient's right to autonomy. The role of the nurse is essential.

Main objective

To analyze and describe the nursing role in the CPR, taking into account the bioethical aspects that circumscribe this context.

Specific objectives are to design and validate a tool that evaluates knowledge and attitudes towards PCR, to explore the advocacy role of nurses as defenders of patients' rights and to know the perspective of patients, family and health professionals about CPR witnessed in our socio-cultural context.

Methodology

Mixed methodology was developed.

In the quantitative part, a questionnaire was designed and validated on theoretical-practical knowledge and attitudes towards the ethical aspects that circumscribe the PCR. The Delphi Technique was developed, and the questionnaire was piloted (30 nurses) and sent to all the nurses of the OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza), obtaining 347 questionnaires. Psychometric measures (Cronbach's Alpha) were evaluated.

The correlation coefficient of Spearman and the chi-square of Pearson were used to assess the relationship between two variables; and the test of Wilcoxon Mann Whitney and Kruskal-Wallis for the relationship between sociodemographic data and level of knowledge.

In the qualitative part an exploratory study was developed, with four discussion groups (two of nurses, one of physicians and another of patients and relatives). Thematic analysis was carried out.

The advocacy role of nurses was analyzed since Walker's feminist ethics (1998).

Results

Nurses' attitudes towards CRP are interrelated with theoretical-practical knowledge.

In the study about the advocacy role of nurses as defenders of patients' rights, three categories emerged: i) accompanying patients during the end of life in a context of medical supremacy, ii) maintaining the pact of silence, iii) yielding to legal insecurity and concerns.

In relation to the presence of relatives during CPR: i) impact of the action on the family; ii) weight of ethical and legal responsibility; iii) power, place where the stop occurs and cultural assumptions.

Conclusions

This study provides a tool to evaluate knowledge and attitudes towards the ethical aspects of a cardio-respiratory arrest, filling an existing gap in the scientific literature.

It also reveals the need for training in ethical-legal aspects, which would avoid ethically controversial practices such as the "Slow code" or the pact of silence.

Institutional power relations, the supremacy of medical knowledge and the socio-cultural context delimit the advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. In our country, the nurse does not play an active role in this context, so this study can be useful for the empowerment of ethical nursing practice. Moral deliberation between health professionals and patient/family is necessary.

Keywords: Cardiopulmonary Resuscitation, Knowledge, Attitude, Clinical Nurses, Bioethics

2.3. Resum

Introducció

A la pràctica clínica emergeixen situacions al voltant de la PCR que generen conflictes ètics en els/les professionals, essent necessari l'ús de la deliberació moral amb la finalitat de garantir el dret d'autonomia del/la pacient. El rol de la infermera en aquestes situacions és essencial.

Objectiu principal

Analitzar i descriure el rol de la infermera davant la PCR atenent també els aspectes bio-ètics que circumscriuen aquest context.

Com a objectius específics es planteja dissenyar i validar una eina que avalui coneixements i actituds davant la PCR, explorar el rol de la infermera com a defensora dels drets dels/les pacients i conèixer la perspectiva de pacients, família i professionals de la salut sobre la RCP presenciada en el nostre context sociocultural.

Metodologia

Es va portar a terme un estudi amb metodologia mixta.

En la part quantitativa, es va dissenyar i validar un qüestionari sobre coneixements teòric-pràctics i actituds davant els aspectes ètics que circumscriuen la PCR. Per a això, es va utilitzar la tècnica Delphi, es va pilotar (30 infermeres) i es va enviar a totes les infermeres de la OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza), obtenint com a resposta 347 qüestionaris. Es van avaluar les mesures psicomètriques (Alpha de Cronbach). Es va utilitzar el coeficient de correlació de Spearman i la chi-quadrat de Pearson per a la relació entre dues variables; i el test de Wilcoxon Mann Whitney i Kruskal-Wallis per a la relació entre dades sociodemogràfiques i nivell de coneixements.

En la part qualitativa es va desenvolupar un estudi exploratori, amb quatre grups de discussió (dos d'infermeres, un de metges i un altre de pacients i familiars). Es va realitzar una anàlisi temàtica. Es va analitzar el rol de la infermera com a defensora dels drets dels pacients des de l'ètica feminista de Walker (1998) i la presència de familiars durant la RCP.

Resultats

Les actituds que mostren les infermeres davant la PCR estan interrelacionades amb els coneixements teòric-pràctics.

En l'estudi del rol de la infermera com a defensora dels drets dels pacients, van sorgir tres categories: i) acompanyant als pacients durant el final de la vida en un context de supremacia mèdica, ii) mantenint el pacte de silenci i iii) cedir a la inseguretat jurídica i a les preocupacions.

En relació a la presència de familiars durant la PCR: i) impacte de l'actuació en la família, ii) pes de la responsabilitat ètica i legal i iii) poder, lloc on es produeix la parada i supòsits culturals.

Conclusions

Aquest estudi facilita una eina per a avaluar coneixements i actituds davant els aspectes ètics de la PCR, omplint un buit existent en la literatura científica.

Així mateix, posa al descobert la necessitat de formació en aspectes ètic-legals, la qual cosa evitaria pràctiques èticament controvertides com el "Slow code" o el pacte de silenci.

Les relacions de poder institucionals, la supremacia del coneixement mèdic i el context sociocultural delimiten el rol de la infermera com a defensora dels drets dels/les pacients. Al nostre país, la infermera no desenvolupa un rol actiu en aquest context, per la qual cosa aquest estudi pot ser útil per a l'empoderament de la pràctica ètica infermera. És necessària la deliberació moral entre professionals de la salut i el pacient/família.

Paraules clau: Ressuscitació cardiopulmonar, Coneixement, Actitud, Infermeres Clínicas, Bio-ètica.

2.4. Lapurbena

Sarrera

Praktika klinikoan, BBGaren inguruko egoerak sortzen dira, profesionalen artean gatazka etikoak sortzen dituztenak, eta beharrezkoa da deliberazio morala, pazientearen autonomia-eskubidea bermatzeko. Erizainaren rola funtsezkoa da.

Helburua

Erizainak BBGaren aurrean duen rola aztertzea eta deskribatzea, testuinguru hori mugatzen duten alderdi bioetikoak ere kontuan hartuta.

Helburu espezifikoa bezala, tresna bat diseinatzea eta baliozkotzea proposatzen da, BBGari buruzko ezagutzak eta jarrerak ebaluatzeko, erizainak pazienteen eskubideen defendatzaile gisa duen rola aztertzeko eta pazienteek, familiak eta osasun-profesionalek gure testuinguru soziokulturean presentziaturiko BBBar buruz duten ikuspegia ezagutzeko.

Metodologia

Metodologia mistoa garatu zen.

Alderdi kuantitatiboan, BBBaren gaineko ezagutza teoriko-praktikoei eta alderdi etikoei lotutako jarrerari buruzko galdetegi bat diseinatu eta baliozkotu zen. Horretarako, Delphi teknika erabili zen, pilotatu egin zen (30 erizain) eta Bilbo-Basurtu ESiko (Osakidetza) erizain guztiei bidali zitzaizkien, 347 galdetegi lortuz. Neurri psikometrikoak ebaluatu ziren (Alpha de Cronbach).

Spearmanen korrelazio koefizientea eta Pearsonen chi-karratua erabili ziren bi aldagairen arteko erlazioarako; eta Wilcoxon Mann Whitney eta Kruskal-Wallis testak datu soziodemografikoen eta ezagutza mailaren arteko erlazioarako.

Alderdi kualitatiboan Esplorazio-azterlan bat egin zen lau eztabaida-talderekin (erizainen bi, medikuen bat eta pazienteen eta senideen beste bat). Análisi tematikoa egin zen.

Erizainak pazienteen eskubideen defendatzaile gisa duen rola aztertu zen Walkerren etika feministatik (1998) eta senideen presentzia BBBan.

Emaitzak

Erizainek BBGaren aurrean erakusten dituzten jarrerak ezagutza teoriko-praktikoekin lotuta daude.

Erizainaren rola pazienteen eskubideen defendatzaile gisa aztertzean, hiru kategoria sortu ziren: i) bizitzaren amaieran pazienteak laguntzea nagusitasun medikoko testuinguru batean, ii) isiltasun-ituna mantentzea iii) segurtasun juridiko eza eta kezkenatik amore ematea.

BBBan zehar senideek duten presentziari dagokionez: i) jarduketaren eragina familian, ii) erantzukizun etiko eta legalaren zama, iii) boterea, BBGa gertatzen den lekua eta kultura-kasuak.

Ondorioak

Ikerketa honek BBGaren alderdi etikoen aurrean ezagutzak eta jarrerak ebaluatzeko tresna bat ematen du, literatura zientifikoan dagoen hutsunea betez.

Era berean, alderdi etiko-legaletan trebatzeko beharra agerian uzten du, etikoki eztabaidagarriak diren praktikak saihesteko, hala nola "Slow code" edo isiltasun-ituna.

Erakundeen botere-harremanek, ezagutza medikoaren nagusitasunak eta testuinguru soziokulturalak mugatzen dute erizainaren rola pazienteen eskubideen defendatzaile gisa. Gure estatuan, erizainak ez du rol aktiboa garatzen testuinguru horretan, ondorioz ikerketa hau erizaintzako praktika etikoa ahalduzko baliagarria izan daiteke. Osasunaren arloko profesionalen eta pazientearen/familiaren arteko eztabaida morala beharrezkoa da.

Gako-hitzak:

Bihotz-biriketako bizkortzea, Ezagutza, Jarrera, Erizain Klinikoak, Bioetika

3. Capítulo I: Introducción

*"I begin with an idea and
then it becomes something else"*

Pablo Picasso

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) constituye un importante problema de Salud pública a nivel Internacional. Se estima que al año, entre 350.000 y 700.000 pacientes sufrirían una PCR intrahospitalaria en EEUU, y en la Unión Europea alrededor de 700.000 personas (Herrera et al., 2010).

A pesar de todos los avances surgidos en los últimos tiempos, el pronóstico de la persona que sufre una PCR no es nada alentador. El estudio realizado por Schlupep, Rijkenberg, Stolker, Hoeks, y Endeman (2018) situaba en el 26% la supervivencia al alta de una unidad de intensivos un año después de haber sufrido una PCR intrahospitalaria. A ello, hay que añadir el elevado riesgo de sufrir daños neurológicos.

Por todo ello, el reto es, sin duda, aumentar, no sólo la supervivencia de las personas que sufren una PCR, sino su calidad de vida, concienciando, tanto a los profesionales de la salud, como a todos los ciudadanos, de la importancia que tiene comenzar lo antes posible la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y activar la cadena de supervivencia, dado que la atención temprana tiene un impacto directo en el pronóstico del paciente y por ende en su futura calidad de vida (Lippert, Raffay, Georgiou, Steen, & Bossaert, 2010; Monsieurs et al., 2015).

Sin embargo, hay ocasiones en las que la realización de la RCP puede llegar a vulnerar los principios éticos y los derechos de los pacientes, especialmente el derecho de autonomía, en los casos en los que se pueda anticipar que es un tratamiento fútil y el/la paciente haya manifestado previamente y de forma explícita su rechazo a dicha técnica.

La atención temprana y el inicio de la RCP constituye por tanto una decisión, en ocasiones no libre de dilemas, y que puede ser causa de importantes conflictos éticos, vulnerando la calidad de la atención sanitaria y los derechos de los pacientes, llegando incluso a ser fuente de conflictos entre los miembros del equipo sanitario (Oberle & Hughes, 2001a).

La literatura científica se hace eco de los dilemas éticos que pueden surgir en torno al contexto de una PCR (Casarett, Stocking, & Siegler, 1999; Forman & Ladd, 2012; Hawryluck, Oczkowski, & Handelman, 2016; Marco, 2005; Monzón et al., 2010; Niebroj, 2008; Weinacker, 2011).

Así, antes de que llegue a suceder la PCR, puede ser necesaria la reflexión y discusión sobre la limitación del esfuerzo terapéutico entre todas las personas intervinientes, incluyendo a paciente y familia (Karine Gravel, France Legare, & Ian Graham, 2006; Pyl & Menard, 2012), en pacientes con enfermedades terminales o con mala calidad de vida, y el registro de voluntades anticipadas (Saralegui Reta & Monzón Marín, 2006).

En este contexto, el papel que juega la enfermera dentro del equipo interdisciplinar es fundamental, máxime en el ámbito hospitalario, en el que frecuentemente se convierte en la primera interviniente en la RCP y por tanto es quien debe iniciar las maniobras y activar la cadena de supervivencia (Gombotz, Weh, Mitterndorfer, & Rehak, 2006b; Nyman & Sihvonen, 2000).

Además, dada su posición privilegiada de cercanía al paciente, es confidente en muchas ocasiones de los deseos explícitos del mismo, por lo que su misión debería ser la de salvaguardar sus derechos.

Pero la realidad en la práctica clínica continúa difiriendo de lo que sería una situación ideal. Aspectos como la toma de decisiones, el principio de autonomía del paciente, el registro claro de las Órdenes de No Intentar la Reanimación (ONIR), las relaciones entre los diversos estamentos del equipo interdisciplinar, las presiones sociales y sobre todo legales, se entremezclan y dirigen el rumbo de los cuidados que recibirán finalmente los/as pacientes.

Otros aspectos como la idoneidad de la presencia de familiares durante la RCP en el paciente adulto son objeto de debate actual en la comunidad científica internacional y continúan sin ser una práctica habitual en nuestro contexto sociosanitario. Hay que tener presentes otros condicionantes como el nivel de conocimientos teórico-prácticos, el liderazgo o la actitud de los y las profesionales de la salud ante la PCR, y que finalmente hacen declinar la balanza hacia uno u otro lado, condicionando las decisiones.

Es necesario, por tanto, reflexionar sobre todos estos aspectos, no por separado, sino de forma global y conjunta, y ver cómo condicionan y delimitan el rol de los/as profesionales ante la PCR, más específicamente el rol de las enfermeras.

Se espera que el proyecto que nos ocupa en esta tesis doctoral sirva para realizar parte de esa reflexión y se convierta en el estímulo necesario para impulsar políticas y protocolos sanitarios, que visibilicen el rol y la importancia de la enfermera en la PCR en concreto, y la ética del cuidado en general y redunden en una mejor atención del paciente, no solo desde el punto de vista meramente técnico, sino también desde la atención holística y de respeto a los principios éticos del paciente y familia/contexto social.

4. Capítulo II: Marco teórico

*“Haz un hábito de dos cosas: ayudar;
o al menos no hacer daño”*

Hipócrates

A lo largo de este capítulo se describirá la magnitud del problema de salud pública que constituye actualmente la PCR, así como la relevancia que la instauración de unas medidas tempranas de RCP tiene para la supervivencia de la persona. Se abordarán también los aspectos éticos que circunscriben este contexto, los dilemas y conflictos morales que pueden surgir en la práctica clínica y el rol de la enfermera desde una perspectiva integral de salud.

4.1. PCR y RCP

En este apartado, se definirán los conceptos de PCR y RCP, ahondando en los datos epidemiológicos para justificar su trascendencia en términos de salud pública. Se realizará también un breve repaso de las pautas de actuación fundamentales y la necesidad de formación y reciclaje.

4.1.1 Definición de PCR y de RCP

La PCR se define como “la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y de la respiración espontánea” (Monzón et al., 2010; Perales, Álvarez, & López, 2007) y debe diferenciarse del cese esperado de la función cardiorrespiratoria como parte de la muerte natural.

Actualmente constituye un importante problema de salud pública a nivel internacional (Formiga et al., 2017; Socias Crespí et al., 2015), tal y como se describirá más adelante en el apartado de datos epidemiológicos.

Las maniobras de RCP comprenden un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontáneas (Formiga et al., 2017; Nodal Leyva, López Héctor, & De la Llera Domínguez, 2006). Se considera que la instauración temprana de estas medidas por parte de testigos de la PCR, podría multiplicar por dos, incluso hasta por cuatro, las posibilidades de supervivencia de la persona (Hasselqvist-Ax et al., 2015; Holmberg, Holmberg, & Herlitz, 2001; Monsieurs et al., 2015).

En la PCR se pueden encontrar distintos ritmos, lo que determinará el tratamiento adecuado. En general, pueden englobarse en ritmos desfibrilables (entre los que se incluyen la fibrilación

ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso) y ritmos no desfibrilables (como la actividad eléctrica sin pulso (AESP) y la asistolia).

La AESP se caracteriza por la presencia de actividad eléctrica cardíaca organizada, sin actividad mecánica. Presenta ausencia de pulso arterial central o TAS <60 mmHg (Nodal Leyva et al., 2006).

La fibrilación ventricular es uno de los ritmos que se encuentra más frecuentemente en el monitor in situ en una PCR (Monsieurs et al., 2015). Se recomienda que la desfibrilación se realice en los primeros 3-5 minutos, ya que de esta forma aumenta las posibilidades de supervivencia de la persona. Si transcurre más tiempo, es probable que dicho ritmo electrocardiográfico degenera en asistolia (Nodal Leyva et al., 2006) reduciéndose las posibilidades de supervivencia.

En la PCR en asistolia o AESP es necesario encontrar y tratar una causa reversible para la supervivencia del paciente (Monsieurs et al., 2015).

Por otro lado, se hace imprescindible que los reanimadores de Soporte Vital Avanzado (SVA) conozcan la medicación más habitual, así como el momento en el que hay que administrarla, sin que se produzcan interrupciones en la RCP ni se demoren otras intervenciones vitales, tales como la desfibrilación. Para la administración de fármacos se recomienda la vía venosa periférica, dado que es más rápida y segura de establecer que el acceso venoso central. La canalización del acceso venoso no debe demorar de ninguna manera la realización de la RCP. Se recomienda que los fármacos que se administren por vía venosa periférica vayan seguidos de un bolo de al menos 20 ml de fluido, elevando la extremidad 10-20 segundos después. En caso de no poder establecer un acceso venoso, la vía Intraósea sería la siguiente opción. El fármaco de elección en la PCR es la adrenalina. La administración de la primera dosis variará en función del ritmo que aparezca en el monitor. Así, en ritmos desfibrilables, se administrará 1 mg de adrenalina y 300 mg de amiodarona tras la tercera descarga. En ritmos no desfibrilables, se administrará 1 mg de adrenalina tan pronto se disponga del acceso venoso o intraóseo. Una vez administrada la primera dosis, se administrará 1 mg de adrenalina cada 3-5 minutos (aproximadamente una vez cada dos ciclos), hasta que se consigue el Retorno de la Circulación Espontánea (RCE), independientemente del ritmo inicial (Monsieurs et al., 2015).

4.1.2. Datos epidemiológicos de la PCR y la RCP

La PCR constituye un importante problema de salud pública a nivel Internacional. En EEUU, se sitúa la incidencia de PCR intrahospitalaria, en torno a 209.000 al año (Benjamin et al., 2017). Actualmente continúa siendo una de las causas más frecuentes de muerte en Europa (Koster et al., 2010; Monsieurs et al., 2015), donde se estima que entre 350.000 y 700.000 personas al año padecen una PCR (Koster et al., 2010), de las cuales alrededor del 10.7% sobreviviría (Atwood, Eisenberg, Herlitz, & Rea, 2005).

Dentro de los hospitales, se estima que de uno a cinco pacientes por cada 1000 ingresos podría padecerla (De la Chica et al., 2010; Sandroni, Nolan, Cavallaro, & Antonelli, 2007). En España los datos de la incidencia real de las PCR intrahospitalarias es variable al carecer de un registro estandarizado (López Messa, 2010). Se estima que superarían las 19.000 al año, aunque existe una gran variabilidad en los datos publicados (De la Chica et al., 2010)

A nivel extrahospitalario, existe también falta de un registro estandarizado en nuestro país y los datos sobre su incidencia son variables (Ballesteros-Peña, Abecia-inchaurregui, & Echevarría-Orella, 2013; Loma-Osorio et al., 2013; Rosell Ortiz et al., 2016; Socias Crespi et al., 2015). Según datos recientes de un estudio desarrollado por Rosell (Rosell Ortiz et al., 2016) en los servicios de emergencias andaluzes, la incidencia de PCR extrahospitalarias rondaría los 14,6 casos/100.000 habitantes al año.

Tras los avances acaecidos en los últimos tiempos, el pronóstico de la persona que sufre una PCR no es demasiado alentador. Los datos de supervivencia a la PCR extrahospitalaria reportados en nuestro país son variables, oscilan entre un 11.2% (Rosell Ortiz et al., 2016) a un 15,7% (Ballesteros-Peña et al., 2013). A ello, hay que sumar el riesgo de sufrir secuelas neurológicas tras sobrevivir a una PCR. Un estudio descriptivo multicéntrico de algo más de dos años de duración, llevado a cabo en cinco Hospitales Universitarios de Cataluña, situaba alrededor del 50% los pacientes que presentaban un buen pronóstico neurológico al alta, tras haber sobrevivido a una PCR extrahospitalaria (Loma-Osorio et al., 2013). Sin embargo, en el estudio conducido por Rosell (2016), solo el 10,2% tuvieron un buen resultado neurológico. Se relacionaba con una rápida actuación por testigos (menos de ocho minutos), e intervenciones previas a la llegada del equipo de emergencias y la desfibrilación precoz (Rosell Ortiz et al., 2016).

4.1.3. Recomendaciones ERC 2015

Representantes de diversas organizaciones, como la Asociación Americana del Corazón (AHA), el Consejo Europeo de Resucitación (ERC), el Comité de Resucitación de Australia y Nueva Zelanda (ANZCOR), la Fundación del Corazón e Ictus de Canadá (HSFC), el Consejo de Resucitación de Sudáfrica (RCSA), la Fundación Interamericana del Corazón (IAHF) y el Consejo de Resucitación de Asia (RCA), integran el Consejo Internacional de Unificación en Resucitación (ILCOR) (Monsieurs et al., 2015).

Desde hace aproximadamente dos décadas, las guías son revisadas y actualizadas periódicamente (cada cinco años), incorporando los resultados de las revisiones sistemáticas y de los avances científicos que se van produciendo en los años inmediatamente anteriores (Monsieurs et al., 2015). Actualmente siguen vigentes las recomendaciones del año 2015, a la espera de una nueva actualización en el año 2020.

En la última guía se mantenía la importancia de las compresiones torácicas (30:2), cuyas interrupciones se deben reducir lo mínimo posible y solo cuando sea estrictamente necesario, por ejemplo, para realizar la desfibrilación (Monsieurs et al., 2015).

4.1.4. Importancia de la formación en RCP y el reciclaje

Existe evidencia de que, el inicio precoz de las maniobras de RCP y la activación temprana de la cadena de supervivencia, son clave para mejorar el pronóstico del paciente que sufre una PCR. Por ello, el conocimiento y dominio de una correcta técnica de RCP se convierte en uno de los determinantes principales de los índices de éxito en la atención de la PCR, tanto a nivel intra como extrahospitalario (Chan, Krumholz, Nichol, Nallamotheu, & The American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators, 2008).

No sólo es necesaria la formación en materia de RCP de los/as profesionales de la salud, sino que es importante la extensión de la formación en RCP básica al resto de la población. La Asociación Americana del Corazón (Bhanji et al., 2015) recomienda la formación en RCP en colegios, considerándolo como un elemento clave para mejorar la instauración precoz de las maniobras de RCP por parte de los testigos. En este sentido, países europeos como Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia y Portugal disponen de legislación acerca de la obligatoriedad de la enseñanza de la RCP (Semeraro et al., 2016).

4.1.5. Conocimientos de los/as profesionales de salud en materia de RCP

Conociéndose que proporcionar una RCP de calidad es decisivo para el pronóstico de la PCR, resulta un tanto sorprendente los resultados de algunos estudios que revelan que en el ámbito hospitalario la RCP no siempre es de calidad. En este sentido Abella (2005) afirmaba en su estudio que las compresiones torácicas durante la RCP intrahospitalaria son frecuentemente de poca calidad, e investigaciones como la de Chan (2008) constatan que es frecuente la desfibrilación tardía en hospitales, por lo que la formación y el reciclaje de los/as profesionales es imprescindible (Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013).

Otras investigaciones llevadas a cabo en el ámbito hospitalario, coinciden al poner de manifiesto la necesidad de reciclaje en materia de RCP de todos/as los/as profesionales de la salud, tanto enfermeras (Balcázar-Rincón, Mendoza-Solís, & Ramírez-Alcántara, 2015; da Silva Lisboa, da Silva Borges, & Sadi Monteiro, 2016; Muñoz-Camargo et al., 2011; Olivetto De Almeida, Muglia Araújo, Barcellos Dalri, & Araujo, 2011), como médicos (Balcázar-Rincón et al., 2015; Machado Álvarez et al., 2010; Sánchez García et al., 2015).

Algunas cuestiones tan básicas como la secuencia de compresión-ventilación más efectiva, parece que no son correctamente conocidas por todos los profesionales (Nyman & Sihvonen, 2000). En ese sentido el Comité de Unificación Internacional en Resucitación (ILCOR) señalaba en el 2010 que los conocimientos y habilidades en soporte Vital Básico y Avanzado se deteriorarían en un breve plazo de unos 3-6 meses. Por este motivo la realización de evaluaciones frecuentes podría ser útil a la hora de identificar aquellos profesionales que requieran reforzar sus conocimientos y/o habilidades con el fin de proporcionar una RCP de calidad.

No cabe duda, de que la formación y entrenamiento de los/as profesionales de la salud es clave para la instauración precoz de las maniobras de RCP y por ende la supervivencia de los pacientes. Chamberlain (2003) establecía la siguiente fórmula que resume perfectamente dicha necesidad: "Ciencia + Educación + Implementación= Supervivencia".

Hay que tener en cuenta por último que cuando la PCR ocurre en el medio intrahospitalario, son generalmente los profesionales de enfermería los primeros en detectarla y en activar la cadena de supervivencia (Gombotz et al., 2006b), convirtiéndose así en pieza clave en la RCP, siendo imprescindible, por tanto, que reciban formación continua en la materia, y mantengan los conocimientos teórico-prácticos actualizados.

4.2. Bioética

Decidir si iniciar o no las maniobras de RCP no siempre es sencillo, dado que existen ocasiones en las que el tratamiento se prevé fútil de antemano. A lo largo de este apartado se presentarán una serie de aspectos ético-legales que deberían orientar la práctica clínica y la toma de decisiones por parte de los/as profesionales de la Salud.

4.2.1. Definición de Bioética

La bioética se define como la *“Disciplina que tiene como objetivo el aumento de la calidad asistencial mediante el estudio de los valores y su inclusión en la práctica durante la toma de decisiones clínicas”* (Alonso-Renedo, González-Ercilla, & Iráizoz-Apezteguía, 2014).

Por lo tanto, la bioética puede ser considerada como el estudio filosófico de la moralidad (Gallagher Camden, 2009) e incluye la visión moral, las decisiones, los comportamientos y las políticas sanitarias (Reich, 1995).

Su nacimiento puede remontarse a tiempos de Platón y Aristóteles. Siglos después, la segunda guerra mundial supuso un punto de inflexión y la necesidad de definir y debatir acerca de los derechos humanos y la práctica biomédica (Gallagher Camden, 2009).

En los últimos años, los avances tecnológicos y de la medicina han aumentado el interés por los aspectos bioéticos (Niebroj, 2008), ya que no todo lo tecnológicamente viable es sinónimo de éticamente aceptable (Javier Barbero Gutierrez, Romeo Casabona, Gijón, & Júdez, 2001; L Cabré Pericas & Solsona Durán, 2002).

La ética enfermera es una rama específica de la bioética, que si bien comparte principios con la práctica médica, se caracteriza por un enfoque más humanista y colaborativo para el cuidado del paciente (Gallagher Camden, 2009).

4.2.2. Principios éticos que guían la práctica clínica

El código ético de nuestra profesión describe los valores profesionales y éticos que deben guiar la práctica enfermera (Consejo General de Colegios de Enfermería., 1989; De Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers Catalunya., 2013; El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)., 2006).

Con el fin de preservar los derechos de los pacientes, las decisiones deben adoptarse en base a los cuatro principios éticos básicos en los que tradicionalmente se ha sustentado la práctica clínica: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía (L Cabré Pericas, Solsona Durán, & Grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC, 2002; Püttgen & Geocadin, 2007).

En base al **principio de autonomía**, prevalece la dignidad humana (Urban, Hoepers, Dasilva, & Junior, 2001), respetando el derecho del individuo a decidir, en base a sus propios valores y creencias (Snider, 1991).

En países como EEUU, el principio de autonomía es considerado el principal, y la mayoría de los pacientes hospitalizados tiene la opción de elegir o rechazar la RCP (Luce JM, 2009).

En base a este principio no deberían iniciarse las maniobras de RCP siempre que exista un documento escrito en el que el paciente muestre su deseo en contra, o haya manifestado su deseo explícito a sus familiares próximos o tutor/a legal.

Atendiendo a los **principios de no maleficencia y beneficencia** la RCP no estaría clínicamente indicada si se tiene certeza de su futilidad (por ejemplo: signos indiscutibles de muerte biológica, pacientes en proceso terminal o en un proceso agudo con evolución fatal a pesar de los esfuerzos terapéuticos en el que se ve la muerte como el desenlace inevitable).

Tampoco estaría indicado comenzar las maniobras cuando la víctima se encuentre en una situación de daño cerebral permanente e irreversible de deterioro intelectual conocido (estado vegetativo, demencia) o cuando se prevea que puede existir un daño cerebral irreversible por el tiempo transcurrido sin haberse iniciado las maniobras de RCP.

Sin embargo, la edad por sí misma, no sería considerada ni indicación ni contraindicación para iniciar las maniobras de RCP (Cook et al., 2017).

Por último, en base al **principio de justicia**, se entiende que no estaría indicada la realización de la RCP cuando existan múltiples víctimas simultáneas que presenten una mayor probabilidad de recuperación o exista grave riesgo para el reanimador.

Estos son los cuatro principios básicos sobre los que tradicionalmente se ha sustentado la práctica clínica, también conocidos como el “Georgetown mantra” (Gallagher Camden, 2009). Sin embargo, no faltan sus detractores, quienes rechazan la existencia de un lenguaje moral común (Chadwick & Gallagher, 1991; Takala, 2001), dado que la bioética, reviste una mayor complejidad en la práctica clínica, a la hora de definir qué constituye el “bien”, en las diferentes circunstancias y situaciones en las que los dilemas pueden llegar a plantearse. Por ello la construcción de una ética global es más compleja y los principios básicos podrían resultar en ocasiones insuficientes para sustentar un marco bioético (Takala, 2001).

4.2.3. El concepto de “Buena muerte”

Para debatir acerca de los dilemas éticos que pueden surgir entorno a la PCR, se hace necesario definir y comprender antes qué significa el término “buena muerte”.

La Academia Nacional de Medicina describe una “buena muerte” como aquella libre de distrés y sufrimiento para los pacientes, familias y cuidadores, acorde con los deseos de pacientes y familia y enmarcado con los criterios estándar clínicos, culturales y éticos (Field & Cassel, 1997).

En el estudio cualitativo desarrollado por Borbasi, Wotton, Redden & Champan (2005), las enfermeras participantes consideraban necesarios ciertos criterios para denominar el final de la vida como “buena muerte”: que pacientes y familia fueran informados y que participaran en la decisión, que aceptaran la muerte y dispusieran de un entorno apropiado, incluyendo un espacio privado y personal adecuado que atendiera las necesidades del paciente y la familia (Borbasi et al., 2005).

Por lo que, atendiendo al concepto de “Buena muerte”, en aquellas ocasiones en las que el/la paciente está sufriendo al estar sometido a tratamientos agresivos y se considera que el pronóstico y la calidad de vida no son susceptibles de mejora, el objetivo del tratamiento debe enfocarse al alivio del sufrimiento.

Sin embargo, la práctica clínica vigente no garantizaría en todos los casos una buena muerte. Según Kring (2006) los pacientes terminales consideran que los hospitales antagonizan el ideal de una buena muerte, al elegir tratamientos agresivos en situaciones en las que la cura es más que improbable. Según dicha autora, las enfermeras estarían bien posicionadas para liderar el cambio necesario de paradigma en la atención de las personas al final de la vida.

En un estudio publicado por Becker, Wright & Schmit (2017) en EEUU, las enfermeras participantes consideraban tres los aspectos fundamentales que caracterizaban la “Buena Muerte” y a los que se deberían dirigir los esfuerzos al final de la vida: el confort físico y el control del dolor, la presencia de un ser querido al lado de la cama y mantener la dignidad y el respeto a los deseos de los pacientes.

Por todo ello, en aquellos casos en los que la RCP se considere fútil, los esfuerzos del equipo asistencial deberían ir dirigidos a alcanzar el confort y control del dolor de la persona, el respecto a sus deseos y en definitiva la consecución de la buena muerte.

4.2.4. Aspectos bioéticos en la PCR

La RCP puede llegar a constituir en ocasiones dilemas éticos, al llegar a prolongar el proceso de morir en vez de la vida, o conseguir la supervivencia del paciente a costa de importantes daños neurológicos (Bueno Muñoz, 2013a).

En consecuencia, se ha desarrollado en torno a las técnicas de reanimación, un debate ontológico paralelo sobre el significado real de “la vida humana”, con la ferviente necesidad de diferenciar entre vida “empírica” o “corpórea” (Niebroj, 2008).

Atendiendo a aspectos bioéticos, la RCP podría definirse como la aplicación de una serie de maniobras estandarizadas y secuenciadas, con el fin de restablecer la respiración y la circulación espontáneas, en aquellos casos en los que existan posibilidades razonables de recuperar las funciones neurológicas superiores, es decir, aquellas que nos diferencian como ser humano (Monzón et al., 2010; Niebroj, 2008).

Por todo ello, es necesario que los profesionales de la salud reflexionen acerca de los aspectos bioéticos que envuelven el contexto de la PCR y las repercusiones que sus decisiones pueden tener, tanto en la supervivencia como en la calidad de vida del paciente (Hayes, 2013).

Decidir si iniciar o no una RCP, no siempre es una decisión sencilla, ya que hay que tener presente una serie de aspectos éticos y legales que a menudo envuelven la situación de PCR. Con el fin de preservar el trato digno del paciente y de proteger los principios de Beneficencia y No Maleficencia, cimientos inquebrantables de la actuación sanitaria, el ERC (Lippert et al., 2010) establece una serie de directrices dentro de sus recomendaciones sobre RCP, por lo que se hace preciso que el profesional sanitario conozca además de las recomendaciones, en qué situaciones está indicado

iniciar o no una RCP, y/o cuándo se deben detener las maniobras ya iniciadas. Se deberían considerar las circunstancias del paciente y las consecuencias que podrían derivarse de la acción.

En general, la RCP debería iniciarse inmediatamente ante una PCR salvo excepciones como (Monzón et al., 2010):

- Cuando se tenga constancia de que el paciente ha expresado su voluntad de no ser sometido a maniobras de RCP
- La existencia de signos evidentes de muerte biológica
- Cuando sea consecuencia de una enfermedad crónica, debilitante y terminal
- Cuando sea el final de un proceso agudo con evolución fatal pese a todos los esfuerzos terapéuticos
- Situación de daño cerebral permanente e irreversible, de deterioro intelectual progresivo, conocido y limitante
- Ante la existencia de un peligro inminente para el equipo reanimador
- Cuando hayan transcurrido más de diez minutos entre el inicio de la PCR y el de las maniobras de RCP
- Cuando en una situación de atención de múltiples víctimas, no se disponga de los medios asistenciales necesarios, lo que podría generar un daño potencial a otros pacientes en situación de mayor recuperabilidad.
- La edad no constituye, por si misma un criterio de decisión.

No cabe duda de que la activación temprana de la RCP salva vidas, pero en ocasiones puede alargar el sufrimiento de la persona y de las personas de su entorno, interfiriendo así, en un proceso natural de muerte en aquellas personas ancianas o con un proceso terminal de enfermedad.

4.2.5. Documento de voluntades anticipadas

Es innegable que en los últimos años se ha producido una evolución de nuestra sociedad en materia de salud, abandonando posturas ancladas en el paternalismo biomédico para dar paso a una visión más holística en la que el paciente en su globalidad es el centro de atención.

Esta nueva situación ha hecho necesario que no sólo las normas éticas, sino que también el marco legislativo de nuestro país tenga que adaptarse a esta nueva realidad. Así, la ley 41/2002, de 14

de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, regula el testamento vital, también denominado Instrucciones previas o voluntades anticipadas (España. Jefatura del estado, 2002). Dota al/la paciente de un instrumento legal en el que dejar constancia de su voluntad en cuanto al tratamiento al final de su vida en el hipotético caso de que la persona no pueda expresar por sí misma sus deseos.

Los documentos de voluntades anticipadas, coloquialmente conocidos como “testamento vital”, son modelos o propuestas que permiten la deliberación con el paciente en base a sus creencias y escala de valores. Son por tanto, documentos únicos y reflejan los deseos explícitos de cada persona, no sólo en base a los tratamientos que desea recibir o rechazar, sino que recoge aspectos más amplios relativos al final de la vida deseado (Saralegui Reta & Monzón Marín, 2006).

Para la realización de las voluntades anticipadas es necesario que los profesionales de la salud dispongan de habilidades de comunicación. En este sentido, Sudore y Fried (2010) sostenían que el principal objetivo de las voluntades anticipadas es preparar a los pacientes y familia para la participación junto a los clínicos en la toma de las decisiones que mejor se adapten a los pacientes. La mayoría de los profesionales consideran que idealmente las conversaciones sobre este tema deberían comenzarse en Atención Primaria, al conocer mejor al paciente y entorno (Arauzo, Trenado, Busqueta, & Quintana, 2010; Pérez Pérez, 2016).

Es fundamental el papel del representante del paciente quien actuará como interlocutor con el equipo de salud llegado el momento en que el paciente no tenga capacidad para hacerlo por sí mismo. Es necesario, para ello, que conozca los deseos explícitos del paciente y esté dispuesto a respetarlos.

La Ley canadiense de Planificación y Provisión de cuidados de calidad al final de la vida, considera necesario iniciar cuanto antes la comunicación con el paciente y/o su representante con el fin de facilitar la toma de decisiones informadas (Hawryluck et al., 2016).

En Francia viene recogido por ley que los pacientes designen en el momento del ingreso hospitalario quién va a ser el familiar responsable de tomar las decisiones (Quenot et al., 2017), aspecto aún no regulado en nuestro país.

En España los documentos de voluntades anticipadas están regulados por cada Comunidad Autónoma (Pérez Pérez, 2016). En el País Vasco, el Decreto 270/2003, de 4 de noviembre regula el Registro Vasco de voluntades anticipadas (Departamento de Sanidad, 2003).

Existe obligación de los profesionales de la salud al respeto a dicho documento, con la salvedad en la que el médico considere que un tratamiento es beneficioso para el paciente consultando con el representante, recogiendo en la historia clínica los motivos que le han llevado a ello y siendo recomendable que consulte con otros colegas y/o con el resto del equipo. Por lo tanto, disponer de un documento en el que la persona libremente exponga qué medidas estaría dispuesto a aceptar en caso de que no pueda expresarlo por sí mismo es vital para garantizar el derecho de autonomía del paciente.

A pesar de los beneficios de los documentos de voluntades anticipadas, no siempre es suficiente per se para garantizar que se respete la voluntad de los pacientes. Es necesaria la concienciación de la sociedad en general y de los profesionales de la salud, quienes deben abandonar actitudes paternalistas que vulnerarían el principio de autonomía del paciente, como por ejemplo informar del diagnóstico médico a la familia antes que al propio paciente. En ocasiones esta práctica culmina en un pacto de silencio en el que se le oculta al paciente su pronóstico, dando información incompleta e impidiendo de esta forma el ejercicio del derecho de autonomía. Por otro lado, algunas familias necesitarían más tiempo para asumir que la muerte es inevitable (Peter, Mohammed, & Simmonds, 2014).

Existen además vacíos y discontinuidad en la comunicación de las voluntades anticipadas lo que podría dificultar su cumplimiento a pesar de existir el documento. Algo que sucede, por ejemplo, entre servicios de Emergencias y otros ámbitos asistenciales. Los servicios de Emergencias no tendrían acceso a la historia clínica del paciente.

En las situaciones en las que la PCR sucede en otro lugar de España, el equipo asistencial tampoco tendría acceso a dicha información. A pesar de que diversas comunidades autónomas como Navarra, Cataluña y País Vasco, entre otras, ya tienen registros informatizados, aún no está estandarizado en todo el país. Es necesario, por ello, que exista una mayor comunicación y lo ideal sería disponer de una base centralizada de voluntades anticipadas para todo el país (Saralegui Reta & Monzón Marín, 2006).

4.2.6. Limitación del esfuerzo terapéutico y ONIR

No cabe duda de que las decisiones de iniciar o no una RCP, o de suspender las maniobras una vez iniciadas, en ocasiones pueden ser delicadas (Brims, Kilminster, & Thomas, 2009) y tomadas a menudo con urgencia (Marco, 2005). Se caracterizan fundamentalmente por dos aspectos

básicos, “la fragilidad del contexto y del paciente” y la “transcendencia de la decisión” (vida/muerte) (Hayes, 2013). Como consecuencia, se corre el riesgo de adoptar posturas paternalistas, en contra incluso de los propios deseos del paciente y/o familia, que preferirían la calidad de vida frente a la cantidad (Javier Barbero Gutierrez et al., 2001).

La necesidad de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) se plantea cuando existe, desde la perspectiva ética, una desproporción entre los resultados esperados y los tratamientos o técnicas a emplear (Javier Barbero Gutierrez et al., 2001; Solís-García Del Pozo & Gómez-Pérez, 2013). Por lo que en aquellas ocasiones en las que los pacientes tienen posibilidades mínimas de beneficiarse de la RCP, ésta no estaría ni ética ni legalmente indicada (R. Campbell, 2011).

Algunos autores consideran más adecuado utilizar el término *adecuación del esfuerzo terapéutico* (Martino Alba & Monleón Luque, 2009). Este, se define como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente (Pérez Pérez, 2016), dado que en realidad no se deja de hacer, si no que los esfuerzos se dirigen a la búsqueda del confort y bienestar de la persona.

En la toma de las decisiones se tienen en cuenta aspectos como el estado funcional, comorbilidades previas, calidad de vida y posibilidades de supervivencia. Otros aspectos como la edad, en ocasiones también son considerados. Una revisión sistemática, dirigida por Cook (2017), alertaba que en ocasiones, en ausencia de otros factores concomitantes, la edad podría actuar como discriminatoria en la RCP de pacientes mayores.

En las últimas décadas, han aumentado el número de Órdenes de No Intentar Reanimación (ONIR), (consideradas una medida concreta dentro de las LET (Solís-García Del Pozo & Gómez-Pérez, 2013), en países como EEUU (Cherniack, 2002), en los que la mayoría de los pacientes institucionalizados fallecen con una ONIR, algo impensable hace años (Cherniack, 2002). El estudio SUPPORT supuso un punto de inflexión importante (Krumholz et al., 1998). En dicho estudio se analizaban las preferencias de los/as pacientes hospitalizados con una exacerbación grave de su insuficiencia cardiaca congestiva. El 23% (215) de los/as más de 900 pacientes participantes en el estudio manifestaron que no querían ser reanimados. Sólo el 25% habían mantenido conversaciones sobre el tema con su médico.

En nuestro país, se observa un discreto aumento de las LET en general (Bueno Muñoz, 2013a; Rubio et al., 2018), especialmente, en unidades de medicina intensiva y unidades de cuidados paliativos. Pero a pesar de todo y al contrario de lo que ocurre en países anglosajones, en nuestro país aún no son habituales las LET por escrito en la historia clínica (L Cabré Pericas et al., 2002) y algunos profesionales mostrarían cierta reticencia.

Como dificultades para poner dichas órdenes en práctica, se han descrito las denominadas “*Posturas vitalistas a ultranza*”, la “*obstinación terapéutica*” (Javier Barbero Gutierrez et al., 2001) y el paternalismo médico. Según diversos estudios, en nuestro país el tratamiento desproporcionado en pacientes con enfermedades avanzadas continua siendo relativamente frecuente (Alonso-Renedo et al., 2014).

Sin duda, el bienestar del paciente debe ser el objetivo final, evitando condicionar la toma de decisiones a las propias emociones de los profesionales (como la presión que pueden ejercer en determinadas ocasiones los familiares (Monzón et al., 2010), miedo a litigios (Casarett Dj, Stocking CB, 1999), considerar el proceso del paciente como un fracaso profesional (L Cabré Pericas et al., 2002), creencias religiosas (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood, & Kvist, 2013) etc.

Otro aspecto a considerar, es que los profesionales pueden tender a infravalorar la calidad de vida de los pacientes (Javier Barbero Gutierrez et al., 2001), por lo que es preciso que éstos reciban toda la información sobre su proceso, para poder decidir qué situaciones o qué calidad de vida podrían llegar a aceptar (L Cabré Pericas et al., 2002; LL Cabré Pericas et al., 2006; Luce JM, 2009).

Otra situación posible, es que en el momento de tomar las decisiones exista disparidad de criterios entre familia y equipo médico. En ocasiones la familia se aferra a tratamientos agresivos al sentir su responsabilidad como familiar. Peter (2014), en su estudio titulado “*Narratives of aggressive care: Knowledge, time and responsibility*”, relataba la vivencia de las enfermeras en situaciones en las que los familiares querían continuar con tratamientos agresivos en contra de las recomendaciones médicas, aferrados a la esperanza y a sus creencias religiosas.

Las decisiones deberían ser tomadas de forma totalmente individualizada atendiendo a las necesidades de cada paciente, y de ningún modo estandarizarlas para pacientes con determinadas patologías o edad (R. Campbell, 2011).

En general se recomienda que la decisión de ONIR sea valorada por el médico responsable y discutida con el resto de médicos, enfermeras y resto de miembros del equipo, y con el paciente y/o familiares (L Cabré Pericas et al., 2002; Ferrand et al., 2003; Luce JM, 2009; Monzón et al., 2010; Solís-García Del Pozo & Gómez-Pérez, 2013), siendo aconsejable que se recoja por escrito en la historia clínica del paciente, con el fin de que todos los profesionales que atiendan al paciente conozcan tanto la decisión cómo los motivos que la han condicionado (Solís-García Del Pozo & Gómez-Pérez, 2013).

Campbell (2011) consideraba que la ONIR es un tema que requiere de conversaciones delicadas por lo que es necesario que los profesionales de la salud desarrollen habilidades de comunicación. Lejos de ser una decisión inamovible, las ONIR deberían ser revisadas siempre que sea necesario. Por ejemplo, ante el cambio en la situación clínica del paciente y traslados entre distintos ámbitos asistenciales.

En Euskadi, la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, aboga por que se respete los deseos de la persona y su derecho de autonomía (Parlamento Vasco, 2016).

En esta línea, el Comité de Ética Asistencial de dicha comunidad ha publicado recientemente unas instrucciones acerca de las ONIR (Comisión Sociosanitaria de Comités de ética de Euskadi, 2018).

4.2.7. Dilemas éticos que circunscriben la PCR. Distrés moral

Con todo lo expuesto anteriormente, no resulta difícil comprender la complejidad que puede llegar a revestir la toma de decisiones. Decidir si iniciar o no una RCP, o retirar las maniobras ya instauradas, puede resultar en ocasiones complejo, pudiendo tener repercusiones emocionales y morales en los propios profesionales (L. Cabré Pericas et al., 2002), siendo fuente de dilemas éticos, e incluso causa de distrés moral (Peter et al., 2014).

El término *distrés moral* fue utilizado por primera vez en la ética de enfermería entre los años 1970-80 (Jameton, 2013). Se define como aquella situación en la que el profesional sabe cuál es la mejor forma de actuar respetando los principios éticos, pero sin embargo las normas institucionales preestablecidas le impiden actuar en consecuencia. Según autores como Jameton (2013), en las sociedades complejas se ha convertido en una experiencia frecuente.

En ocasiones las decisiones pueden revestir mayor complejidad siendo necesario realizar consulta al Comité de bioética (Traudt & Liaschenko, 2017).

Por otro lado, se debe considerar también la influencia que tienen en la toma de decisiones de los/as profesionales de la salud otros aspectos como el contexto sociocultural, económico y religioso (Lippert et al., 2010; O'Neill, 2002).

Dichas diferencias socioculturales, delimitan la aplicación de los principios bioéticos, especialmente el de autonomía. Así, los distintos países miembros de la Unión Europea presentan sustanciales diferencias legislativas, distintos contextos socioculturales y por ende aplican bajo

diferente prisma los principios éticos en la RCP y al final de la vida. En un estudio se observaron diferencias significativas en la aplicación de los principios bioéticos. En un tercio de los 31 países incluidos, la participación de la familia en las decisiones la final de la vida no es habitual, lo que vislumbra la variedad en la interpretación del significado del principio de autonomía (Mentzelopoulos et al., 2016).

No disponer de ONIR claras y por escrito, puede causar malestar y estrés en los miembros del equipo de salud, principalmente en las enfermeras. En un estudio desarrollado por Solomon (Solomon et al., 2005) en 7 hospitales pediátricos de EEUU, más de 2/3 de las enfermeras de cuidados críticos y de oncología sentían que “a veces salvaban a niños que no deberían salvar” (Solomon et al., 2005).

En nuestro país, un estudio cualitativo fenomenológico desarrollado por Velarde-García (Velarde-García et al., 2018), mostraba como las enfermeras de la UCI consideran que en ocasiones los pacientes sufren sin motivo, como consecuencia de la obstinación terapéutica. Las decisiones continuarían siendo adoptadas exclusivamente por los médicos junto a la familia del paciente, pero sin la participación de la enfermera, ni del propio paciente.

Algunos autores describen cómo los/as profesionales pueden tender a infravalorar la calidad de vida de los pacientes (Javier Barbero Gutierrez et al., 2001), por lo que es preciso que éstos reciban toda la información sobre su proceso, para poder decidir qué situaciones o qué calidad de vida podrían llegar a aceptar (L Cabré Pericas et al., 2002; LL Cabré Pericas et al., 2006; Luce JM, 2009).

4.2.8 Presencia de familiares durante la RCP

Otro tema, no exento de cierta controversia y que es actualmente objeto de estudio y debate a nivel internacional, es la presencia de familiares durante las maniobras de RCP, y la influencia que pudiera ejercer en la toma de decisiones de los/as profesionales de la Salud (Fisher et al., 2008; Goldberger et al., 2015; Jabre et al., 2013; Leske, McAndrew, & Brasel, 2013; J. E. Porter, Cooper, & Sellick, 2014).

A pesar de ser numerosas las Asociaciones internacionales que la recomiendan (American Association of Critical-Care Nurses, 2007; Comisión Sociosanitaria de Comités de ética de Euskadi, 2018; Fulbrook et al., 2007; Lippert et al., 2010; S. J. W. Oczkowski, Mazzetti, Cupido, &

Fox-Robichaud, 2015), y que el debate sobre su idoneidad comenzó en 1987 (Doyle et al., 1987), no se trata de una práctica extendida.

Un estudio descriptivo transversal desarrollado por Mentzelopoulos, (2016) en el que participaron 31 países de la unión Europea incluida España, mostraba que la presencia de familiares durante la RCP aún es causa de controversia. En 16 (52%) de los países que participaron en dicho estudio, no se permite por rutina la presencia de familiares durante la RCP.

En España la RCP presenciada se encuentra más extendida en el paciente pediátrico, disponiendo así de diversos estudios originales desarrollados en nuestro país (Correa Fernández, Santamaría Abad, & Eiros Bouza, 2013; Martínez Moreno, Cordero Castro, Palacios Cuesta, Blázquez Gamero, & Marín Ferrer, 2012; Moreno et al., 2008; Santos González, Jiménez Tomás, & Sánchez Etxaniz, 2010).

Por el contrario, en relación al paciente adulto, en nuestro país son escasos los estudios que abordan la RCP en el paciente adulto. De la Flor (2006) desarrolló un estudio en los servicios de Emergencias (Emergentziak) del País Vasco en el año 2006, en los que los profesionales de la salud mostraban que no era una práctica habitual la de favorecer la presencia de los familiares durante la RCP. En el estudio desarrollado más recientemente por Asencio-Gutiérrez (2017) lo/as profesionales de la salud mostraban su rechazo a dicha práctica.

A la escasez de estudios que abordan la presencia de familiares en nuestro país, hay que añadir las limitaciones metodológicas. No se ha encontrado ningún estudio que aborde dicha temática desde la perspectiva cualitativa, ni integran la perspectiva de lo/as pacientes y familia.

4.3. Rol de la enfermera

El cuidado ha constituido desde siempre el epicentro de la identidad enfermera frente al curar, más propio de la disciplina médica (Miró-Bonet, Bover-Bover, Moreno-Mulet, Miró-Bonet, & Zaforteza-Lallemand, 2014). Es necesario abordar y definir de forma específica cuál es el rol de la enfermera en el contexto que nos ocupa en este estudio y por ello este apartado tiene por objetivo describir el marco teórico que define la actuación de la enfermera ante la PCR.

4.3.1 Rol de la enfermera en los aspectos éticos

En el ámbito hospitalario, las enfermeras son frecuentemente las primeras profesionales en detectar una PCR e iniciar la cadena de supervivencia (Gombotz, Weh, Mitterndorfer, & Rehak, 2006a; Heng, Fong, Wee, & Anantharaman, 2011; Nyman & Sihvonen, 2000; Robinson, 2002), por lo que su actitud es clave para garantizar la calidad asistencial y salvaguardar los derechos fundamentales de los pacientes. Así, deben tomar consciencia de la importancia de su rol dentro de la toma de decisiones, basadas en la ética del cuidado (Santana Cabrera et al., 2010). Además, son generalmente conocedoras de los deseos explícitos de los pacientes (Monzón et al., 2010; Urban et al., 2001), y los profesionales asignados para estar cercanos a la familia en el escenario de una PCR (Monzón et al., 2010).

Sin embargo, en nuestro país, las ONIR son tomadas en muchas ocasiones de forma unilateral, sin consultar con los pacientes y/o familiares (Solís-García Del Pozo & Gómez-Pérez, 2013), ni con el profesional de enfermería (Bueno Muñoz, 2013a).

No cabe duda de que la visión de las enfermeras en la toma de decisiones vitales puede resultar enriquecedora y complementaria, ya que son numerosos los estudios que destacan la existencia de una sensibilidad y visión distinta de la de los médicos (Bueno Muñoz, 2013b; Oberle & Hughes, 2001b) en torno a las ONIR.

En un estudio cualitativo desarrollado por Oberle (2001b) en un hospital canadiense, se observó que la percepción de ambos profesionales era distinta. Dicha diferencia se explica al comprender que los médicos soportan la carga de tomar y tener que escribir la orden, lo que genera estrés acerca de si es lo “correcto”, mientras que las enfermeras reclaman conocer cómo y por qué se llegó a esa decisión, ya que son los profesionales que han de ejecutar dicha orden. La imposibilidad de participar en las decisiones es causa de dilemas éticos y de distrés en las enfermeras, pudiendo llegar incluso a generar conflictos con el equipo médico (Oberle & Hughes, 2001b).

Si partimos de la premisa de que los dilemas éticos abordados a lo largo de este capítulo, son temas que deben ser tratados con gran sensibilidad y competencia por el gran impacto que pueden suponer en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, es alarmante los datos arrojados por diversos estudios, tanto en ámbito nacional (Santana Cabrera et al., 2010) como internacional, (Solomon et al., 2005) en los que se destaca la falta de formación adicional en bioética de los

profesionales de la salud. En el estudio desarrollado por Hold (2017), las enfermeras participantes enfatizaron la necesidad de formación para afrontar los aspectos bioéticos de su práctica cotidiana.

En el estudio desarrollado por Santana en el 2010 (Santana Cabrera et al., 2010) en unidades de cuidados intensivos, mostraba un dato un tanto sorprendente a la vez que desalentador: un tercio de los/as enfermero/as que participaron en el estudio consideraban que enfermería no debería participar en las decisiones LET. Consideraban necesario que participen experto/as en bioética en la toma de decisiones, lo que denota inseguridad, falta de conocimientos y de un rol activo de liderazgo de enfermería entorno a los dilemas éticos que surgen de la práctica clínica. Se hace patente la necesidad de formación en bioética de los/as profesionales de la salud.

El Código Deontológico de la Enfermería Española del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería (1989) establece en su Artículo 18:

«Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que pueda afrontar la muerte cuando ésta ya no pueda evitarse». Art.55. «La enfermera tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se someta a tratamientos fútiles o que se le niegue la asistencia sanitaria».

Este código deontológico de enfermería recoge por lo tanto explícitamente la labor de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes (Consejo General de Colegios de Enfermería., 1989). Existe así en nuestro país una responsabilidad ética definida en el código moral de la profesión enfermera (De Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers Catalunya., 2013), que debería ser el pilar central de la práctica clínica, lo mismo que en otros países como Canadá (Peter & Storch, 2008).

La toma de decisiones en situaciones de emergencia puede generar conflictos bioéticos entre los distintos miembros del equipo (Jimenez-Herrera & Axelsson, 2014). Habitualmente la toma de la decisión de LET suele ser médica, pero es la enfermera la que debe ejecutarla.

4.3.2. Deliberación moral

Lindemann, Verkerk, y Urban Walker (2009) mostraban en su obra "*Naturalized Bioethics*", como la bioética ofrece un marco teórico a los profesionales para definir sus responsabilidades y mejorar su capacidad de participación en la reflexión moral. Para ello, los y las profesionales deben comprender que su práctica puede contener múltiples perspectivas y diferentes posturas.

Dado que no todo lo tecnológicamente posible es siempre éticamente correcto (J Barbero Gutierrez, Romeo Casabona, Gijón, & Júdez, 2001) es necesaria la reflexión de los y las profesionales de la salud. Así, la deliberación moral se entiende como un procedimiento que incluye el análisis de los hechos clínicos para facilitar la identificación de los problemas éticos y los conflictos de valor. Reviste complejidad y es necesario analizar cuidadosamente los dilemas morales que presenta (Gracia, 2001).

En el estudio desarrollado por Oberle and Hughes (2001a) concluían que médicos y enfermeras presentan diferencias derivadas del diferente rol que desempeñan y proponían que se facilitaran puntos de encuentro para el debate y deliberación.

Como explican Lindemann et al (2009), la deliberación moral tiene por objeto dar sentido a las complejas interacciones y resolver los problemas. Es necesario encontrar nuevas formas de beneficiar al paciente teniendo en cuenta su situación y sus necesidades específicas.

4.4. Abordaje desde el pluralismo metodológico

En este apartado se expondrán los motivos por los que se ha decidido abordar el estudio desde el pluralismo metodológico.

4.4.1. Pluralismo metodológico

En el momento de diseñar este trabajo de investigación, se decidió que dada la complejidad del fenómeno, la mejor forma de abordarlo era haciendo uso tanto de la metodología cuantitativa, como de la metodología cualitativa con el fin de aproximarnos mejor a la comprensión de la realidad.

El pluralismo metodológico puede definirse como una postura ontológica, que entiende la realidad del universo como la pluralidad de entidades, en la que se emplearía métodos diferentes para la comprensión de la realidad (Dow, 1997).

Tal y como indica Morse (2003) en el artículo titulado: *"Toward Holism: The Significance of Methodological Pluralism"*, el pluralismo metodológico es necesario para explorar un fenómeno y poder llegar a comprenderlo de una forma holística. Roth (1987) argumentaba que de otra forma *"no podemos entender de forma el conjunto apropiado de reglas que define el estudio de la conducta humana"*.

Por un lado, y dado que no encontramos en la literatura ninguna herramienta adecuada que hubiese sido previamente usada, se crea y valida un cuestionario que evaluara y permitiera interrelacionar los conocimientos teórico-prácticos en RCP, con las actitudes antes los aspectos bioéticos que presentan los/as profesionales de la salud.

4.4.2. Ética Feminista

La ética feminista emerge hacia los años 90 y se centra en los aspectos de la salud que directamente afectan a las mujeres. La moral feminista analiza también la realidad social desde la perspectiva de género, abordando las desigualdades en las relaciones de poder, tanto en la vida pública como privada (Donchin & Scully, 2015)

Según Walker (1998), los roles sociales son parte integral de la moralidad. Así, la práctica moral se ve afectada por las prácticas sociales y las identidades morales inherentes a los roles sociales e institucionales, con la existencia de relaciones de poder. Las relaciones de poder jerárquico y de segmentación social se normalizan en la sociedad; por lo tanto, es necesario entender los diversos roles morales-sociales en los diferentes contextos.

Lindemann, Verkerk and Walker (2009) sostienen que dentro de las conversaciones sociales y profesionales sobre ética existe la dominación de unas voces y la exclusión de otras. Las organizaciones podrían definirse como subsistemas sociales (Parsons, 1966), estando segmentadas y con marcadas diferencias de clase, género, edad, etnia y privilegios profesionales (Lindemann et al., 2009).

La ética feminista se centra en el poder, poniendo al descubierto las desigualdades existentes y tratando de dar respuesta a las injusticias existentes, siendo necesario actuar en consecuencia

modificando las relaciones jerárquicas existentes entre los distintos profesionales (Lunardi, Peter, & Gastaldo, 2006).

Dado que la profesión enfermera es socialmente considerada una profesión feminizada, se hace necesario basar el análisis de la parte cualitativa de este proyecto en la ética feminista, con el objetivo de definir cuál es en realidad el rol de defensora de los derechos de los pacientes que desempeña la enfermera en el contexto de la PCR en nuestro contexto socio-cultural.

5. Capítulo III: Hipótesis y objetivos

“Lo importante es no dejar de hacerse preguntas”

Albert Einstein

5.1 Hipótesis

Una vez revisada la literatura existente se parte de diferentes hipótesis de trabajo a la hora de formular los objetivos de este trabajo de investigación.

La primera de ellas es que la presencia de familiares durante las maniobras de la RCP no es una práctica extendida en nuestro contexto sociosanitario y que los profesionales de la salud mostrarían cierta reticencia a su puesta en práctica.

La segunda es que existe una falta de conocimientos teórico-prácticos en materia de RCP de los/as profesionales de la Salud en general y de las enfermeras en particular y que dicha falta de conocimientos podría influir en las actitudes que las enfermeras muestran ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR.

Y, por último, se tiene en cuenta una tercera hipótesis de trabajo y es que se considera que la enfermera no desarrolla un rol activo como defensora de los derechos de los pacientes dentro del equipo interdisciplinar en la toma de decisiones entorno a los aspectos éticos que circunscriben la PCR.

5.2. Objetivos

En el desarrollo de esta tesis se ha tratado de dar respuesta al siguiente objetivo principal:

Analizar y describir el rol de la enfermera ante la PCR atendiendo también a los aspectos bioéticos que circunscriben dicho contexto.

Dada la complejidad de dicho objetivo, se plantean los siguientes objetivos específicos más concretos y accesibles y que se abordarán desde diferentes perspectivas y metodologías según su naturaleza.

Objetivos específicos

1. Evaluar y resumir la literatura científica existente acerca de los efectos de la RCP presenciada en el contexto hospitalario en pacientes adultos y pediátricos desde todas las posibles perspectivas (pacientes, familiares y profesionales de la salud), examinando qué factores influyen en su desarrollo.
2. Diseñar y validar una herramienta que evalúe los conocimientos y actitudes de las enfermeras ante la PCR.
3. Evaluar los conocimientos y actitudes de las enfermeras ante la PCR en nuestro contexto sociosanitario.
4. Explorar el rol de la enfermera ante los aspectos éticos de la PCR como defensora de los derechos de los y las pacientes, desde la perspectiva de todas las personas implicadas en el proceso: pacientes, familiares y profesionales de la salud.
5. Conocer la perspectiva de pacientes, familia y profesionales de la salud acerca de la RCP presenciada en nuestro contexto sociocultural.

6. Capítulo IV: Metodología

*“En la investigación es incluso más importante el proceso
que el logro mismo”.*

Emilio Muñoz

Dada la naturaleza de la tesis doctoral que nos ocupa, que es por compendio de artículos, la metodología específica y las variables a estudio concretas, se exponen en cada uno de los artículos publicados. Por este motivo, a lo largo de este capítulo, únicamente se describirá de forma general qué metodología ha sido utilizada para dar respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

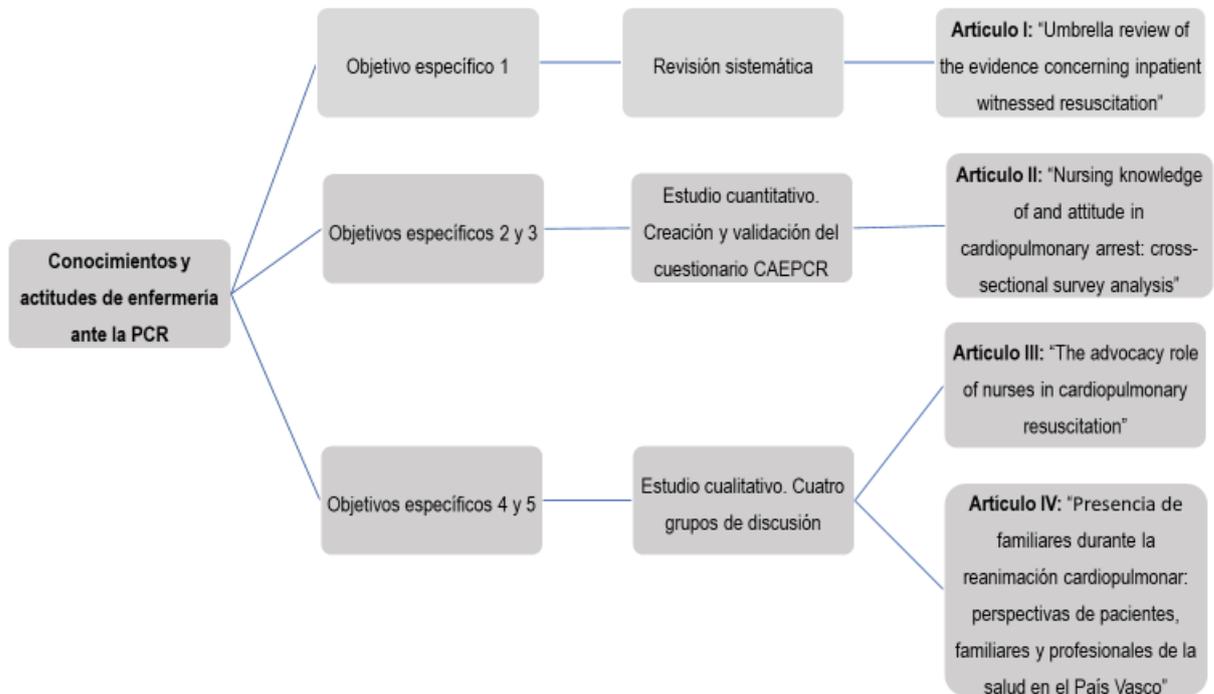


Figura 1. Resumen metodología utilizada en el desarrollo de esta tesis doctoral

6.1. Metodología para abordar el objetivo específico número 1

Para dar respuesta al objetivo específico número uno se ha desarrollado una revisión sistemática de revisiones (Umbrella review) que ha dado lugar al artículo *“Umbrella review of the evidence about inpatient witnessed resuscitation”*.

Diseño

Se desarrolló Umbrella review (Aromataris et al., 2015) para localizar y evaluar la evidencia publicada acerca de la RCP presenciada, en pacientes adultos y pediátricos en el contexto hospitalario, desde todas las diferentes perspectivas (pacientes, familiares y profesionales de la salud). Esta revisión sistemática fue diseñada utilizando los estándares de publicación PRISMA

para la revisión sistemática (Moher et al., 2015; Urrutia & Bonfill, 2010). El Protocolo de esta revisión está registrado en PROSPERO, con código de registro CRD42019145610.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en Pubmed, Cinhal, ISI WoS, Scopus, CENTRAL, PsycInfo, Embase y JBI; considerando para su inclusión los artículos publicados en español e inglés, entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2018 de acuerdo con la estrategia de búsqueda especificada en el artículo.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión fueron determinados en base a la pregunta PICO (Higgins & Green, 2008):

¿Cuáles son los efectos de la RCP presenciada para los/as pacientes/familia y los profesionales de la salud (impacto, resultados psicológicos, calidad de la RCP) en el contexto hospitalario? Y
¿Qué barreras y facilitadores influyen en su implementación?

Población

Se consideraron aquellos estudios en los que tanto los diferentes profesionales de la salud como los pacientes y/o familiares exponen su percepción de la presencia de familiares durante la RCP en pacientes adultos y pediátricos.

Intervención/Fenómeno de interés

Presencia de familiares durante la RCP

Resultados

El impacto en la familia y en los profesionales de la salud como, por ejemplo, los resultados psicológicos y la calidad de la reanimación

Contexto

Ámbito hospitalario.

Evaluación de la calidad metodológica

Dos investigadoras del equipo de revisión, evaluaron críticamente las 27 revisiones sistemáticas, utilizando la Herramienta de Evaluación Crítica del Instituto Joanna Briggs para Revisiones Sistemáticas (Aromataris et al., 2017). Esta herramienta es un checklist de verificación para Revisiones Sistemáticas que consta de 11 criterios (Anexo 3). Las discrepancias en los resultados de la evaluación crítica se resolvieron mediante discusión o con la participación de un tercer revisor.

Abstracción de datos

Se incluyeron detalles específicos sobre la población, los métodos de estudio y los resultados en función de la pregunta de investigación y los objetivos específicos. Se desarrolló un formulario de extracción de datos basado en la Declaración PRISMA (Liberati et al., 2009). Este formulario fue acordado por el equipo de revisores/as.

Síntesis de los datos

La información de las revisiones incluidas fue analizada por dos revisoras diferentes y la información clave fue resumida identificando las conclusiones generales. Los resultados se presentaron a través de una síntesis narrativa que incluye tablas y figuras apropiadas. No fue posible realizar metaanálisis con estudios cuantitativos debido a la heterogeneidad de las revisiones.

6.2. Metodología para abordar los objetivos específicos 2 y 3

Con el fin de dar respuesta a los objetivos 2 y 3, se desarrolla un estudio para la validación del cuestionario CAEPCR que evalúa los conocimientos teórico-prácticos de los/as profesionales, así como sus actitudes ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR.

La metodología específica de este estudio se puede consultar en el artículo que lleva por título "*Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: Cross-sectional survey analysis*", pero antes se hace necesario resumir brevemente, cómo se creó y pilotó la primera versión del cuestionario CAEPCR, proyecto que constituyó mi trabajo final de máster de investigación en salud (Tíscar-González, 2014) y que nació ante la necesidad de crear y validar un cuestionario que interrelacionara los conocimientos teórico-prácticos, con las actitudes de lo/as profesionales de la salud, dado que tras la revisión de la literatura científica se pudo comprobar que no existía ninguna

herramienta validada para tal fin. El estudio dispone del Informe favorable del CEIC de la OSI Bilbao-Basurto (Anexo1).

La primera versión del cuestionario CAEPCR se completó en tres fases:

- **Durante la primera fase**, se desarrolló una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cinahl, Scielo, Cochrane y Doyma, en base a la que se diseñó la versión 0 de un cuestionario ad hoc, autoadministrable y semiestructurado, centrado en las recomendaciones sobre RCP básica y Avanzada de la ERC 2010, en las recomendaciones bioéticas y legales vigentes en nuestro país ante una PCR, y en los cuestionarios no validados acerca de conocimientos teórico-prácticos utilizados por otros investigadores. Se realizó después triangulación entre la investigadora principal y un experto en validación de cuestionarios.
- **Durante la segunda fase del estudio** se desarrolló la Técnica Delphi (Landeta, 2006), sometiendo el cuestionario a la valoración de expertos, que valoraron la capacidad del mismo para evaluar todas las dimensiones que deseamos medir. Se seleccionaron de forma intencionada expertos nacionales independientes de distintos ámbitos asistenciales y zonas geográficas distintas (País Vasco y Cataluña), para garantizar la dispersión geográfica y la independencia de sus decisiones. Los criterios para su selección fueron en base a su experiencia clínica, su experiencia docente en materia de RCP y/o conocimientos avanzados en metodología de investigación. Se obtuvo el consentimiento informado para la participación en la técnica Delphi (Anexo 4). Se incluyeron 10 enfermeras y médicos, realizando un total de tres rondas Delphi, en las que los/as expertos/as recibían el borrador del cuestionario a validar y una encuesta ad hoc disponible en el Anexo 5.
- En la **tercera fase del estudio** se desarrolló el pilotaje con una muestra de 30 enfermeras seleccionadas por conveniencia, de la OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza) durante la primera quincena junio 2014. En el cuestionario de actitud se realizó un test-retest con una semana de diferencia entre ambos.

El resultado principal del estudio fue la creación del cuestionario CAEPCR, en su primera versión, que agrupaba en tres apartados los 33 ítems que lo conforman: datos sociodemográficos, cuestionario de conocimientos teórico-prácticos y actitudes ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR (Anexo 7). Una vez diseñado el cuestionario y a modo de estudio piloto, se debía enviar el cuestionario a toda la población diana y hacer el análisis de las medidas psicométricas del mismo, tras el cual se calculó una fiabilidad interna (de los 14 ítems del

cuestionario de actitudes): Alfa de Cronbach del 0,617. No alcanza el 0.70 considerado idóneo (J. Campbell, 1976; Ponterotto & Ruckdeschel, 2007) y un tiempo medio de realización de 11 minutos \pm 4 (mediana de 10 minutos y Rango de 5 a 30 minutos). Considerando la **factibilidad del cuestionario** como óptima, ya que había pocos ítems que no fueran respondidos, existían también pocas observaciones de los entrevistados y el tiempo de respuesta fue adecuado, rondando los 10 minutos.

Modificaciones en el cuestionario tras la realización del pilotaje:

Tras la realización del pilotaje se concluyó que no se debía modificar ninguna pregunta del cuestionario de conocimientos, ya que el resultado era el adecuado: hay preguntas de todo tipo de dificultad y recogen diversos aspectos del tema evaluado. No obstante, se realizaron pequeñas actualizaciones en dicho cuestionario, tras la publicación de las Recomendaciones ERC 2015 (Monsieurs et al., 2015).

Respecto al cuestionario de actitudes, se realizaron modificaciones en base a los resultados obtenidos en el pilotaje (se detectaron cuatro ítems con efecto techo-suelo y un ítem con sentido inverso), éstas se llevaron a cabo a través de un grupo de expertos, en el que participaron cuatro enfermeros/as de País Vasco, Cataluña y Madrid.

Una vez realizadas todas las modificaciones y actualizaciones en el cuestionario (Anexo 8), se envió a toda la población diana (2180 enfermeras de Atención primaria y hospitalaria de la OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza). Los resultados de dicho estudio han dado lugar al artículo titulado: "Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: Cross-sectional survey analysis", que forma parte de esta tesis doctoral.

6.3. Metodología para abordar los objetivos específicos 4 y 5. Abordaje cualitativo

Se desarrolló un estudio cualitativo exploratorio cuya metodología se explica ampliamente en los dos artículos derivados de dicho estudio: "*The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation*" y "*Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco.*".

Participantes y contexto:

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diferentes niveles de estudios y que tuviesen antecedentes de insuficiencia cardiaca grave, trasplantados de corazón y/o supervivientes a una PCR y familiares de pacientes que cumplieran dichas condiciones.

La selección de los participantes se realizó a través de muestreo intencional (Neergaard, Olesen, Andersen, & Sondergaard, 2009). Se invitaron a participar a pacientes, familiares y profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de distintas organizaciones del Sistema de Salud Público (Atención Primaria, Extrahospitalaria y Hospitalaria) de las tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca (Osakidetza). Ante la dificultad de captar pacientes y familiares para la organización de dicho grupo de discusión, fue necesaria la realización de la técnica en bola de nieve (Pedraz Marcos, Zarco Colón, Ramasco Gutierrez, & Palmar Santos, 2014).

En cuanto a los/as profesionales se distribuyeron en grupos homogéneos de médicos y enfermeras, buscando la heterogeneidad intragrupo (Neergaard et al., 2009) en base en la experiencia laboral, el género y el ámbito asistencial. Se desarrollaron un total de cuatro grupos de discusión, entre octubre de 2015 y marzo de 2016: uno de pacientes y familiares, dos de enfermeras y otro de médicos, hasta alcanzar la saturación de los datos. Tuvieron una duración entre 90 y 120 minutos.

El guion de temas a tratar fue generado mediante revisión bibliográfica contrastada por dos expertos/as en metodología cualitativa del grupo de investigación y dos expertos/as en RCP externos.

Análisis:

Se realizó el análisis temático de las transcripciones y notas de campo, identificándose unidades de significado y asignando códigos que se agruparon en categorías (Braun & Clarke, 2006). Se utilizó el software Open Code 3.6.

Rigor:

Con el fin de garantizar el rigor y calidad de la investigación, se siguieron las recomendaciones para la investigación cualitativa, “*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*” (COREQ) (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Dentro de la investigación cualitativa el/la investigador/a es una figura central en el contexto social que puede influir en la investigación y en la interpretación de los resultados. La reflexibilidad constituye así una herramienta útil para el investigador, de tal forma que si se conduce de la manera adecuada, la subjetividad del/a investigador/a podría pasar de ser un problema a una oportunidad (Finlay, 2002). Por ello, es recomendable que los/as investigadores/as clarifiquen sus creencias y posicionamiento respecto al fenómeno de estudio antes de comenzar la recogida de los datos (Koch & Harrington, 1998). Se trata también de un criterio de calidad y de rigor en la investigación cualitativa (Tong et al., 2007). La reflexividad se realizó previamente y a lo largo de todo el estudio.

Se realizó triangulación entre investigadores (dos investigadoras leyeron y analizaron las transcripciones y las categorías finales fueron consensuadas entre todo el equipo). Se realizó también verificación investigadora-informante con participantes considerados clave en los distintos grupos de discusión, para garantizar que el análisis realizado respetaba sus ideas.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el informe favorable del CEIC Euskadi, código PI2015132 (Anexo 2). Durante la grabación, los nombres de los/as participantes fueron identificados bajo pseudónimo. Los grupos de discusión fueron grabados, registrados y transcritos de forma literal, previo consentimiento informado escrito de los participantes (Anexo 5). Se estableció entre los participantes el compromiso de confidencialidad y voluntariedad de participación. Las grabaciones fueron destruidas tras su transcripción literal.

6.4. Análisis específico utilizado para dar respuesta al objetivo número 4

En el artículo titulado: "*The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation*", se desarrolló el análisis desde la ética feminista, particularmente fundamentado en el trabajo de Walker (1998). Esta visión permite el análisis ético de cómo los roles sociales son parte integral de la moralidad y cómo la vida moral y social están entrelazadas con las relaciones de poder. La práctica moral se ve afectada por las prácticas sociales y las identidades morales inherentes a los roles sociales e institucionales, con la existencia de relaciones de poder que resultan en grupos oprimidos. Las relaciones de poder jerárquico y de segmentación social se normalizan en la

sociedad; por lo tanto, es necesario entender los diversos roles morales-sociales en los diferentes contextos sociales.

Los datos resultantes de los cuatro grupos de discusión, fueron analizados según el cuadrado de la reflexión de Schneider (2000) (Figura 2), de tal forma que cada una de las categorías emergentes, respondía a la influencia que tenían los valores, creencias centrales y acciones de los agentes implicados, las normas sociales en las consecuencias derivadas de todo ello, condicionadas por las relaciones de poder.

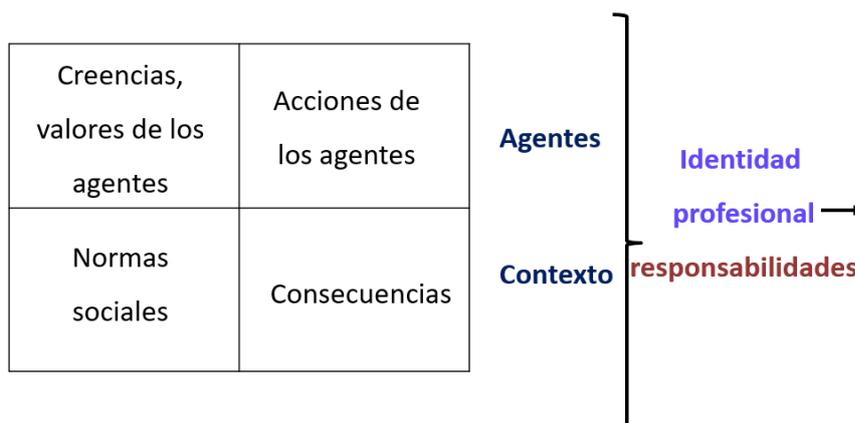


Figura 2. Cuadrado de la reflexión (Verkerk et al., 2004)

En base a esta reflexión se construyeron las categorías emergentes que permitieron realizar el análisis posterior desde la perspectiva feminista (Figura 3).

<p>Los valores y creencias centrales de los agentes</p> <p>Objetivo de los médicos: salvar vidas.</p> <p>Las familias esperan de ellos lo mismo, que salven la vida de su ser querido.</p> <p>Objetivo de las enfermeras: acompañamiento del paciente y respetar sus deseos</p>	<p>Las acciones de los agentes</p> <p>No se registran ONIR en la historia clínica</p> <p>Se inicia RCP en pacientes no reanimables</p> <p>Medicina defensiva por miedo a consecuencias legales</p> <p>El rol de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes se reduce al de intermediaria o no existe</p>
<p>Normas sociales</p> <p>Hegemonía del conocimiento médico en el ámbito hospitalario</p> <p>Invisibilidad social del conocimiento enfermero.</p>	<p>Consecuencias</p> <p>Médicos sienten responsabilidad sobre sus hombros, aboca a una medicina paternalista.</p> <p>Prevalece opinión de la familia sobre la del paciente</p>

<p>Pacto de silencio. Se oculta el pronóstico al paciente. Se informa antes a la familia que al propio paciente</p>	<p>Enfermeras se invisibilizan en la toma de decisiones y no desarrollan un rol activo en la defensa de los derechos de lo/as pacientes</p> <p>En ocasiones padecen distrés moral al actuar en contra de los deseos del paciente y de lo que consideran "ético"</p>
---	---

Figura 3. Categorías para el análisis desde la ética feminista. Elaboración propia.

7. Capítulo V: Justificación

*"Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto,
y pensar lo que nadie más ha pensado"*

Albert Szent-Györgyi

La tesis doctoral que nos ocupa, aporta a la literatura científica la primera herramienta validada útil para interrelacionar los conocimientos teórico-prácticos con las actitudes ante los aspectos bioéticos en la PCR. Se trata de un aspecto no explorado anteriormente en la literatura disponible y que es clave en el cuidado de los pacientes y el respeto a los derechos fundamentales de los mismos. Puede ser de utilidad para identificar a aquellos profesionales que precisen un curso de reciclaje en materia de RCP y para evidenciar los problemas y dilemas éticos que surgen de la práctica clínica.

Por otro lado, el estudio del rol de las enfermeras como defensoras de los derechos de los/as pacientes, es el primer estudio de corte cualitativo sobre dicha temática en nuestro país, en el que han participado profesionales de la salud, pacientes y familia. Por ello, se considera clave para el desarrollo de políticas sanitarias y protocolos institucionales que apoyen su práctica, respetando los principios éticos y los derechos de los ciudadanos y favoreciendo el cuidado holístico.

En el día a día de la práctica clínica, aunque afortunadamente no de forma habitual, nos enfrentamos a conflictos éticos en los que se considera que la opinión de la enfermera es fundamental, ya que es conocedora de primera mano de la opinión y deseos de pacientes y/o familiares.

En los últimos años, la práctica paternalista de la medicina y atención sanitaria en general, ha dado paso a una atención holística, más centrada en la persona. No cabe duda de que es necesario garantizar unos cuidados de calidad y más humanizados, teniendo en cuenta los deseos del paciente y/o familiares.

El papel, por tanto, de los/as profesionales de la salud, entre los que se incluyen las enfermeras, debe ser el de velar por los derechos de los pacientes.

En EEUU el principio de autonomía es uno de los más importantes, pero en nuestro país y/o entorno.... ¿qué principio prevalece?

El contexto de la PCR, reviste una especial complejidad, dada la urgencia y su trascendencia, ya que puede desembocar en el fallecimiento del/la paciente. Aspectos como el nivel de conocimientos de los/as profesionales, el liderazgo y la coordinación del equipo son claves, así como la actitud que muestren los/as profesionales ante los diversos aspectos éticos que surgen de dicha práctica, y que se han expuesto anteriormente. Así, las ONIR, permitir la presencia de familiares durante las maniobras de RCP o el "slow code", son aspectos cuya comprensión en un contexto sociosanitario determinado son necesarios.

La necesidad de definir cuál es el rol de la enfermera en el contexto de una PCR, no es casual, surge de los propios dilemas y enfrentamientos morales a los que la enfermera hace frente en ocasiones en la práctica asistencial.

En la práctica clínica continúan existiendo ocasiones en las que la obstinación terapéutica pone en riesgo los derechos y deseos de los pacientes. Por ejemplo, cuando un paciente fallece con un sinnúmero de medicaciones, de pruebas fútiles y de sufrimiento, que ya de antemano se predecían innecesarios, cuando en la historia clínica no está clara la mejor manera de actuación o cuando la decisión de la familia se antepone a los propios deseos del paciente. De ahí surge la necesidad de preguntarnos qué querríamos nosotros si estuviéramos en lugar del paciente, cómo se percibe desde el prisma de la familia cercana y sobre todo cuál es la mejor manera de abordarlo, como profesionales de la salud en general y como enfermeras específicamente. Definir y comprender cuáles son los miedos, las barreras u obstáculos desde el punto de vista asistencial, legal, de gestión e incluso sociocultural o religioso, que hace que a menudo sea tan complejo lo que a priori se percibía como sencillo.

Ese es el objetivo principal y la esencia de este estudio, contextualizar todos los elementos que permitan comprender cuál es el rol de la enfermera en ese proceso, qué se espera de ella y como puede contribuir para salvaguardar los derechos de los/as pacientes.

8. Capítulo VI: Resultados

*“Todo nuestro conocimiento tiene su origen en
la percepción”*

Leonardo da Vinci

La realización de esta tesis, ha dado lugar a la publicación de cuatro artículos científicos, a través de los cuales se ha tratado de dar respuesta a los objetivos planteados inicialmente y a la vez haciendo públicos los resultados de la investigación a la comunidad científica.

Como se ha explicado anteriormente, la complejidad del fenómeno a estudio, ha hecho necesario su abordaje desde diversas perspectivas, lo que ha obligado al uso de diferentes enfoques metodológicos.

A continuación, se presentan los cuatro artículos describiendo en cada uno de ellos la motivación que llevó a su realización:

8.1. Artículo I: Umbrella review of the evidence about inpatient witnessed resuscitation

Revista: Enviado para su publicación a la revista International Journal of Nursing Studies a fecha 09/12/2019.

Año: 2019

Motivación: Se desarrolló una revisión de revisiones sistemáticas (umbrella review), con el objetivo de dar respuesta al Objetivo específico 1. Dado que la RCP presenciada en el paciente adulto es objeto de controversia a nivel internacional y continúa sin ser una práctica extendida, se considera necesario analizar y sintetizar las revisiones sistemáticas ya existentes, para servir de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones y en la implantación de dicha práctica.

Manuscript Number: IJNS-D-19-01739R3

Title: Witnessed resuscitation of adult and paediatric hospital patients:
An umbrella review of the evidence

Article Type: Reviews and Discussion papers

Keywords: Resuscitation, family, family-centred care, evidence synthesis,
systematic reviews, cardiopulmonary resuscitation, nurse, Professional-
Family Relations, Life Support.

Corresponding Author: Dr. JOAN Blanco-Blanco, Ph.D.

Corresponding Author's Institution: University of Lleida

First Author: Verónica TÍSCAR-GONZÁLEZ

Order of Authors: Verónica TÍSCAR-GONZÁLEZ; Montserrat GEA-SÁNCHEZ; Joan
BLANCO-BLANCO; Roland PASTELLS-PEIRÓ; Nuria DE RÍOS-BRIZ; Maria Teresa
MORENO-CASBAS

Abstract: Objective: To examine the research evidence about whether
families were allowed to witness cardiopulmonary resuscitation on
hospitalised adult and paediatric patients; and the views of patients,
families and health professionals, about witnessed cardiopulmonary
resuscitation.

Design: An umbrella review methodology of systematic reviews with
sufficient methodological quality.

Review methods: Papers published in Spanish and English between, 1
January 2009 and 31 December 2018 were considered. The following
databases were searched: PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus,
Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycInfo, Embase, the
Central Supplier Database and the Joanna Briggs Institute, Evidence-based
Practice Database. Two independent reviewers assessed the papers for
methodological quality employing instruments from the Joanna Briggs
Institute. Critical appraisal, extraction and synthesis were carried out,
employing the established methods for umbrella reviews and the protocol
was registered in the International Prospective Register of Systematic
Reviews (PROSPERO number CRD42019145610).

Results: The search identified 12 systematic reviews with moderate-to-
high quality, which covered 110 original papers. Habitually, health
professionals expressed controversial views and showed some reluctance to
let families be present during cardiopulmonary resuscitation. In
contrast, family members felt strongly that they should be present and
patients agreed. Key factors that facilitated witnessed cardiopulmonary
were a formal institutional policy, educating health professionals, and
designating a health professional to support the family. Educational and
cultural backgrounds influenced healthcare professionals' experiences and
their attitudes towards witnessed cardiopulmonary resuscitation. In
general, Anglo-Saxon countries showed greater support for this practice.
These included the United States, which was the country that dominated
the literature on this subject.

Conclusions:

The best available evidence supports allowing the family to be present during cardiopulmonary resuscitation. It is necessary to include this practice in educational curricula and to train emergency personnel in its implementation. Culturally sensitive policies need to be designed, and the public to be aware of their right to be present.

Response to Reviewers: We have attached the reviewer respond document

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Title: Witnessed resuscitation of adult and paediatric hospital patients: An umbrella review of the evidence.

ABSTRACT

Objective: To examine the research evidence about whether families were allowed to witness **cardiopulmonary resuscitation** on hospitalised adult and paediatric patients; and the views of patients, families and health professionals, about witnessed **cardiopulmonary resuscitation**.

Design: An umbrella review methodology of systematic reviews with sufficient methodological quality.

Review methods: Papers published in Spanish and English between, 1 January 2009 and 31 December 2018 were considered. The following databases were searched: PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycInfo, Embase, the Central Supplier Database and the Joanna Briggs Institute, Evidence-based Practice Database. Two independent reviewers assessed the papers for methodological quality employing instruments from the Joanna Briggs Institute. Critical appraisal, extraction and synthesis were carried out, **employing** the established methods for umbrella reviews and the protocol was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO number CRD42019145610).

Results: The search identified 12 systematic reviews with moderate-to-high quality, which covered 110 original papers. **Habitually**, health professionals expressed controversial views and showed some reluctance to let families be present during **cardiopulmonary resuscitation**. In contrast, family members felt strongly that they should be present and patients agreed. Key factors that facilitated witnessed

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

cardiopulmonary were a formal institutional policy, educating health professionals, and designating a health professional to support the family. Educational and cultural backgrounds influenced healthcare professionals' experiences and their attitudes towards witnessed cardiopulmonary resuscitation. In general, Anglo-Saxon countries showed greater support for this practice. These included the United States, which was the country that dominated the literature on this subject.

Conclusions:

The best available evidence supports allowing the family to be present during cardiopulmonary resuscitation. It is necessary to include this practice in educational curricula and to train emergency personnel in its implementation. Culturally sensitive policies need to be designed, and the public to be aware of their right to be present.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, evidence synthesis, family-centred care, life support, nurse, professional-family relationships, resuscitation, systematic reviews, witnessed.

What is already known about the topic?

- Witnessed cardiopulmonary resuscitation is not yet a widespread practice in all countries.
- This practice generates some controversy among health professionals.

What this paper adds

- The key barriers to witnessed cardiopulmonary resuscitation in hospitals include the lack of formal and culturally sensitive policies.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

- Witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) needs to be included in educational curricula, and emergency personnel need specific training.
- Healthcare professionals need to understand and support witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) and the general public need to be aware of the practice.

1. Introduction

A wide range of international medical associations supports the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation (American Association of Critical-Care Nurses, 2007; Emergency Nurses Association, 1995; Fulbrook et al., 2007; Lippert, Raffay, Georgiou, Steen, & Bossaert, 2010; Oczkowski, Mazzetti, Cupido, & Fox-Robichaud, 2015a).

Most of the studies have been carried out in the United States, where this practice is more commonly accepted. Some studies have reported that families were more able to accept their [grief](#), if they witnessed the efforts of the health team to save the lives of their loved ones (Oczkowski, Mazzetti, Cupido, & Fox-Robichaud, 2015b).

Many health professionals remain reluctant to give family members the opportunity to be present during medical procedures. However, the literature shows that nurses seem to be more open to relatives witnessing [cardiopulmonary resuscitation](#) than other disciplines (Duran, Oman, Jordan Abel, Koziel, & Szymanski, 2007; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice, & Tancredi, 2007).

Although different health systems worldwide have sought to abandon paternalistic attitudes and place the patient at the centre of care (Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood, & Kvist, 2014), some countries have achieved this better than others.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Allowing families to be present during cardiopulmonary resuscitation is still not common practice in some countries. A study of 31 countries carried out by Mentzelopoulos et al (2016), primarily in the European Union, showed that 16 (52%) did not routinely allow family members, to be present during cardiopulmonary resuscitation. It is surprising how difficult it is to translate witnessed cardiopulmonary resuscitation into clinical practice. The debate has been going on since the late 1980s when Doyle et al (1987) questioned its possible benefits.

There are a number of vital determinants that are barriers or facilitators to the implementation of witnessed cardiopulmonary resuscitation (Giles, et al., 2016; McClement, et al., 2009). These include the socio-cultural context and the beliefs and values of the family and the health professionals.

The barriers described by health professionals have included a greater emotional impact on family members who lost a loved one after witnessing invasive and bloody scenes. They also expressed concerns that having family present could interrupt them from carrying out clinical manoeuvres. However, these studies also revealed barriers of a personal nature that hindered the development of witnessed cardiopulmonary resuscitation. For example, professionals stated that they were concerned about the ethical and legal consequences of their actions if family members witness distressing procedures that they did not understand (Giles et al., 2016; McClement et al., 2009).

In general, witnessing cardiopulmonary resuscitation seems to be more acceptable when it related to paediatric rather than adult patients (Vincent and Lederman, 2017). This different perception could be because the parents play a protective role when their child is ill and their increased accepted in most cultures. Parents have an

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

inherent need to be there for their child, to provide comfort and support (Maxton, 2008).

Systematic reviews have been carried on primary studies that have synthesised the available evidence on witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) from a variety of perspectives. For example, Salmond et al (2014) approached the witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) of adult patients, from the perspective of health [professionals; while authors](#), such as Dingeman et al (2007) focused on the parents of paediatric patients.

Because there have been so many systematic reviews on this topic, we felt it was necessary to undertake a systematic review of the existing reviews, to contrast and compare the published evidence (Aromataris et al., 2017). The aim of synthesising all aspects of the available evidence on witnessed [cardiopulmonary resuscitation was, to make](#) it easier for clinicians to make decisions about this practice, and facilitate the development of implementation strategies in different contexts. Previous studies have suggested that it is more difficult to achieve witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) in hospital settings than outside hospitals (Tiscar-González et al., 2019). As a result, this review focused on hospitals. [It aimed to](#) examine the research literature for evidence about the effects of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) in adult and paediatric [patients; from](#) a variety of perspectives, namely patients, families and health professionals. The review also examined which factors influenced its development in hospitals.

The two questions for this review were: what were the effects of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) for patients, their family and healthcare professionals in hospitals and what barriers and facilitators influenced its implementation?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

2. Methods

An umbrella review methodology (Aromataris et al., 2017) was used to identify and evaluate published systematic review-level evidence on witnessed **cardiopulmonary resuscitation** of adult and paediatric hospital patients from multiple perspectives. These were patients who could undergo **cardiopulmonary resuscitation**, their family and health professionals.

2.1 Search strategy

A search strategy was developed and refined with contributions from an information specialist. PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycInfo, Embase, the Central Supplier Database and the Joanna Briggs Institute evidence-based practice were thoroughly searched for relevant publications (Table 1). Papers published in Spanish and **English, between** 1 January 2009 and 31 December **2018, were** considered for inclusion. A decision was made to start the review in 2009, as this the year before the European Resuscitation Council issued guidance that recommended the presence of family members during **cardiopulmonary resuscitation** (Lippert et al., 2010).

An initial search was carried out on **PubMed**. **The keywords** and phrases that were used in the **studies, that** were identified were then used to search the other databases. These included: resuscitation, family, family-centred care, family presence, evidence synthesis, systematic reviews and **cardiopulmonary resuscitation**.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

This systematic review was designed using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) publication standards for systematic reviews (Moher et al., 2015; Urrutia & Bonfill, 2010).

2.2. Inclusion and exclusion criteria

The inclusion criteria were determined using the Population, Intervention, Comparator and Outcome (PICO) model for clinical questions (Higgins & Green, 2008).

Studies were included if healthcare professionals, the patients and/or their relatives gave their views on the presence of relatives during adult or paediatric cardiopulmonary resuscitation.

The intervention and phenomena of interest were the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation in hospitals. The outcomes were the impact on the family, patients and health professionals, including the psychological outcomes and the quality of the resuscitation.

2.3. Data collection

The search identified 564 papers. After the duplicates were deleted, two researchers independently screened 319 papers for inclusion using their titles, abstracts and keywords. After the initial application of the inclusion and exclusion criteria, the full texts of 30 reviews were critically appraised. Any discrepancies between the two reviewers were resolved through discussions or by involving a third reviewer. The reviewers agreed to include 12 systematic reviews. Figure 1 provides the PRISMA flowchart that summarises the process (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009). The search results were imported into the Covidence management software.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

The reviews that were included examined the perceptions and experiences of all those directly involved in [cardiopulmonary resuscitation](#), namely patients, their family and health professionals. The review covered hospitalised adult and paediatric patients. 2.4. Quality appraisal

Two [researchers](#), from the review [team](#), [individually](#) critically appraised [the 30 reviews](#); using the [Joanna Briggs Institute](#) critical appraisal tool for systematic reviews (Aromataris et al., 2015, 2017), which provides a checklist with 11 criteria (Appendix S1). Any discrepancies in the outcomes of the critical appraisals were resolved by discussion or by involving a third reviewer.

2.5. Data extraction and synthesis

Data-specific details on the population, study methods and results were included, based on the research question and specific objectives. A data extraction form was developed based on the PRISMA statement (Liberati et al., 2009) and agreed by the review team.

It was not possible to perform a meta-analysis of the quantitative research studies, due to the heterogeneity of the variables assessed in the reviews. These were: the mean duration and quality of the [cardiopulmonary resuscitation](#), mortality rates, the families' psychological outcomes, the experiences and attitudes of the nurses and physicians, the perceived benefits and the barriers and facilitators to implementing and practising witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#).

The information from the reviews was analysed by two different independent [reviewers](#), and the key information was summarised and identified the broad conclusions of each study. The results are presented using narrative synthesis, including appropriate tables and figures.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

A detailed commentary on the major methodological problems or biases in the review has also been included, alongside an assessment of applicability. **Additionally**, the protocol of this umbrella review was registered in the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO number CRD42019145610).

3. Results

Twelve systematic reviews that met the inclusion criteria were included and Figure 1 provides a flow diagram that outlines the selection process. Four reviews synthesised evidence from qualitative studies (Cypress & Frederickson, 2017; Ferreira, Blabino, Balieiro, & Mandetta, 2014; Rittenmeyer & Huffman, 2012; Smith McAlvin & Carew-lyons, 2014). Five were quantitative, including one meta-analysis (Oczkowski et al., 2015b; Paplanus et al, 2012a, 2012b; Powers et al, 2017; Porter et al, 2013). Three used mixed methods, as they were both qualitative and quantitative studies (Porter et al, 2014; Sak-Dankosky et al., 2014; Toronto and Larocco, 2019).

The reviews covered 110 original papers published between 1985 and 2017 and two-thirds (n=60) were from the **United States**. There were 10 papers from the United Kingdom, seven each from Australia and Turkey, five from Canada and four from Sweden. There were also two each from Belgium, France, Germany and China and one each from Iran, Israel, Malaysia, New Zealand, Norway, Ireland, South Africa and Singapore. One covered 31 different European countries.

Several reviews addressed witnessed adult **cardiopulmonary resuscitation** (Cypress and Frederickson, 2017; Oczkowski et al., 2015b; Paplanus et al., 2012a, 2012b; Porter et al., 2014; Porter et al., 2013; Powers, 2017; Rittenmeyer and Huffman,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

2012; Sak-Dankosky et al., 2014; Toronto and Larocco, 2019). There were also reviews on witnessed paediatric [cardiopulmonary resuscitation](#) (Ferreira et al., 2014; Oczkowski et al., 2015b; Porter et al., 2014, 2013; Powers, 2017; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014; Toronto and Larocco, 2019).

3.1. Aims and scope of the reviews

Some of the reviews describe the experiences of the patients on witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Cypress and Frederickson, 2017; Hassankhani et al., 2017; Paplanus et al., 2012b; Porter et al., 2013) and their family members (Cypress and Frederickson, 2017; Oczkowski et al., 2015b; Paplanus et al., 2012a; Porter et al., 2013; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014; Toronto and Larocco, 2019). Others focused on nurses (Cypress and Frederickson, 2017; Paplanus et al., 2012b; Porter et al., 2013; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Sak-Dankosky et al., 2014) and physicians (Paplanus et al., 2012b; Porter et al., 2013; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Sak-Dankosky et al., 2014).

Powers' review (2017) assessed the effect of education on the support that healthcare staff provided for families during resuscitation. Oczkowski's review (2015b) evaluated the effect of offering the family the chance to be present during resuscitation compared to standard patient care, which did not provide that opportunity. The comparison related to whether the patients died, the quality of the [cardiopulmonary resuscitation](#) and the psychological effect on the family members.

[The two remaining reviews aimed to develop an understanding of the perceived benefits, barriers, enablers and actions to implementing and practising having families present during resuscitation \(Ferreira et al., 2014; Porter et al., 2014\).](#)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

3.2. Quality of the included reviews

Table 2 summarises the critical appraisal results, based on the Joanna Briggs Institute critical appraisal tool for systematic reviews (Aromataris et al., 2015). Only moderate-to-high quality reviews were included. Low-quality reviews were excluded.

3.3. Main findings and conclusions of the reviews

Table 3 summarises the main findings of the reviews that were included. Table 4 provides a more detailed [summary](#), which includes factors such as the number of studies each review covered, the participants and sampling, the medical service and the countries studied. The narrative synthesis aimed to respond to the two main objectives set out in this umbrella review.

3.3.1 Effects of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#).

Family members felt strongly that they should be present while their loved one received [cardiopulmonary resuscitation](#) (Cypress and Frederickson, 2017; Paplanus et al., 2012a; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014; Toronto and Larocco, 2019) and that it was their fundamental right (Paplanus et al., 2012a; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Toronto and Larocco, 2019).

Family members who participated in Meyers' qualitative study (1998), cited by Toronto and Larocco (2019); said that patients were not hospital property and that [families, needed](#) to be given the choice and opportunity to be there.

Families felt that being present during [cardiopulmonary resuscitation](#) could benefit the patient because they could have information that could be useful to the healthcare team. Some studies said that families felt their presence could comfort the patient, even when they were unconscious. They were able to touch the patient

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

and if they died, they had the chance to be there for their last moments of life (Cypress and Frederickson, 2017; Ferreira et al., 2014; Leske, McAndrew, and Brasel, 2013; Paplanus et al., 2012b; Toronto and Larocco, 2019). That feeling increased in if the patient was a child because the parents felt that they were their children's protectors (Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014).

The literature agreed that witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) helped families to accept the death of their loved one; because they could see, that every possible effort had been made to save their life (Cypress and Frederickson, 2017; Ferreira et al., 2014; Leske et al., 2013; Porter et al., 2014; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Toronto and Larocco, 2019).

On the contrary, not having the opportunity to be present could contribute to the family's emotional trauma. The family members who participated in Ferreira's study (2014) recognised that, although it was hard to be present, it might have been worse for them to be absent (Ferreira et al., 2014).

Of the 12 systematic reviews included in this study, only three considered the matter from the perspective of patients (Cypress and Frederickson, 2017; Paplanus et al., 2012a; Porter et al., 2013). In general, patients supported witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) and consider it to be a right (Cypress and Frederickson, 2017; Paplanus et al., 2012a). They felt hospitals should ask them about their preferences about this when they were admitted (Paplanus et al., 2012a). Where there was a [good](#) acceptance of this practice, some studies revealed patients' concerns about breaches of confidentiality (Albarran, Moule, Bengler, McMahon-parkes, and Lockyer, 2009; Paplanus et al., 2012a).

In general, the views of health professionals were controversial, as there was some reluctance to develop the practice of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

(Rittenmeyer and Huffman, 2012; Sak-Dankosky et al., 2014). For example, an integrative review by Sak-Dankosky (2014) found; that only two of the 15 studies reported that professionals defended the family’s right to be present during resuscitation without hesitation.

An issue of concern to both health professionals and family members was whether witnessed **cardiopulmonary resuscitation** might complicate **resuscitation** manoeuvres. Health professionals believed that families could interfere with manoeuvres and that staff stress could be increased because of the fear of litigation (Paplanus et al., 2012b; Porter et al., 2014, 2013; Rittenmeyer and Huffman, 2012). Two studies reported families were concerned about whether their presence might be detrimental to efforts to save their loved one (Paplanus et al., 2012b; Rittenmeyer and Huffman, 2012). However, a meta-analysis by Oczkowski (2015b) found there was no difference in mortality **rates; the** resuscitation quality and the psychological health of family members when families were or were **not present** during resuscitation (Oczkowski et al., 2015b).

Professionals also felt that seeing distressing scenes could psychologically affect the family. However, family members who had already witnessed **cardiopulmonary resuscitation** said they would choose to be present again and would recommend it to others (Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014).

3.3.2 Facilitators and barriers to the implementation of witnessed **cardiopulmonary resuscitation**.

Several studies examined facilitators. The essential aspects for families were emotional support, feelings of safety and comfort, understanding what was happening and being kept informed (Cypress and Frederickson, 2017). Most of the

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

policies that were studied reinforced the need for a healthcare professional to support the family during witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Ferreira et al., 2014; Paplanus et al., 2012b; Porter et al., 2014, 2013; Rittenmeyer and Huffman, 2012). [This professional needed not to actively participate](#) in the resuscitation manoeuvres (Porter et al., 2014, 2013). McAlvin (2014) recommended that the most experienced healthcare professional should act as a liaison between the team and the family.

The systematic review conducted by Powers (2017) analysed studies that looked at what happened when resuscitation education sessions included the presence of people playing the roles of family members. Thirteen of the 16 studies that were included in that review reported that their presence during resuscitation education had a positive effect on health [professionals'](#) attitudes. Educational interventions can improve healthcare professionals' perceptions of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) and increase their comfort and self-confidence in the implementation of such policies. After the educational interventions, health professionals also increased their willingness to offer families the chance to be present during resuscitation (Porter et al., 2014; Powers, 2017).

Finally, the duration of clinical practice, the study setting and the presence of a formal institutional policy; have been described as key factors that influenced the perspectives of healthcare providers [concerning](#) witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Paplanus et al., 2012b). One of the most important barriers, which was described by most reviews, was the lack of formal policies or written guidelines about when families could be present in hospitals (Cypress and Frederickson, 2017). Developing institutional policies is very important (Ferreira et al., 2014; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014) and so is designing

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

structures that provide support for healthcare practitioners to enable them to openly support witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Rittenmeyer and Huffman, 2012).

Paplanus (2012b) suggested that the general reason why professionals were reluctant to implement witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) was not because of the results. The authors said it was because the processes needed to be defined and decisions had to be made for these policies to be implemented.

Some studies have suggested that sociocultural backgrounds may have a bearing on how healthcare professionals make decisions about witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (J. Porter et al., 2012; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Sak-Dankosky et al., 2014). Studies conducted in countries such as Turkey, Israel, Germany, Malaysia, Iran and China identified strong opposition to witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Sak-Dankosky et al., 2014). Several studies reported that having families present during resuscitation was an unknown concept in Asia and that this could explain the resistance of physicians towards this practice on the Asian continent (Sheng, Lim, and Rashidi, 2010).

A meta-analysis by Paplanus et al (2012b), suggested that there was a potential regional component in opposition to decision making about witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) in studies carried out in different regions of Turkey. Several factors could explain this difference, such as local cultural differences in the beliefs and attitudes of healthcare professionals towards families being present during resuscitation. Other aspects that have been described as facilitators for this practice include professionals having previous experience of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#), the existence of formal policies on these issues and Western settings.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

In the same systematic review (Paplanus et al., 2012b), studies from certain countries showed a preference for families being present during resuscitation, namely: the United Kingdom (Grice et al., 2003), Ireland (Madden and Condon, 2007), Australia (Dwyer, 2009) and the [United States](#) (Doyle et al., 1987; Engel et al., 2007; Macy et al., 2006; Meyers et al., 1998). However, studies from Belgium (Mortelmans et al., 2009), Germany (Kirchhoff et al., 2007; Köberich et al., 2010), Singapore (Ong et al., 2007) Turkey (Günes and Zaybak, 2009; Mian et al., 2007; Yanturali et al., 2005) and the European survey (Axelsson et al., 2010; Fulbrook et al., 2005) did not support families being present. Turkey had the lowest support scores. These results suggest that Anglo-Saxon countries are more in favour of this practice from a sociocultural point of view.

Most professionals were generally in favour of families being present during resuscitation. However, Rittenmeyer (2012) and Porter (2014) concluded that nurses seemed to more comfortable than other health professionals and they supported policies that facilitated the implementation of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#).

Healthcare professionals' attitudes [were](#) a key factor in the implementation and development of witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#). The fear that [cardiopulmonary resuscitation](#) could be a traumatic experience for the family was another barrier described by health professionals (Porter et al., 2014). However, studies showed that most family members were not concerned about the psychological effects (Toronto and Larocco, 2019). Indeed, people who had previously witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) were more supportive.

4. Discussion

Although international guidelines and evidence recommend that family are present during resuscitation, witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) has rarely been implemented in most of the countries that we studied (Sak-Dankosky et al., 2014).

The scientific literature shows how witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) is a safe and beneficial practice for families, patients and health professionals (Cypress and Frederickson, 2017; Ferreira et al., 2014; Oczkowski et al., 2015b; Paplanus et al., 2012a, 2012b, Porter et al., 2014, 2013; Powers, 2017; Rittenmeyer and Huffman, 2012; Sak-Dankosky et al., 2014; Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014; Toronto and Larocco, 2019).

There has been moderate-quality evidence in adult studies and low-quality evidence in paediatric studies that family being present during resuscitation did not affect resuscitation outcomes, such as mortality or resuscitation quality (Ferreira et al., 2014; Oczkowski et al., 2015b). The existing moderate-quality evidence for adult [cardiopulmonary resuscitation](#) suggests that allowing families to be present during resuscitation also improved psychological outcomes in family members, such as anxiety and depression (Oczkowski et al., 2015b).

Most of the papers assessed by the 12 systematic reviews had been developed in the [United States](#), where the majority of health professionals support witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#), with no variations between the different disciplines (Howlett and Gail, 2010).

In general, there was wide acceptance in the [United States](#) of the presence of families in both paediatric and neonatal intensive care units.

Health professionals said that family members needed to be asked in advance if they wanted to be present if their loved one needed to be resuscitated (Paplanus et al.,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

2012b; Porter et al., 2014; Sak-Dankosky et al., 2014). The suitability of the unit, the staff and the family members should be evaluated on a case-by-case basis. Assessing the psychological state of the family may also be helpful (Ferreira et al., 2014). One study pointed out that it is vital to continually assess the wishes of the patient's family and they should be removed from the [cardiopulmonary resuscitation](#) area if they become disruptive or obstructive (Smith McAlvin and Carew-Lyons, 2014).

Because healthcare professionals are crucial to successfully implementing witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#), staff education is necessary and course providers should integrate the presence of family members into any training, particularly for emergency personnel (Porter et al., 2014, 2013).

Professionals must empower families to decide whether or not they want to be present (Rittenmeyer and Huffman, 2012), and nursing staff must take the lead in implementing this practice (Paplanus et al., 2012b).

This study provides an umbrella review of the existing reviews that examined witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) in hospitals. The need for 'fast' evidence in a reduced timeframe is key to supporting evidence-informed policy decisions (Aromataris et al., 2017).

This umbrella review had some limitations that should be noted. Most of the studies that were included were developed in intensive care units and emergency departments. Because cardiopulmonary arrests can happen anywhere, further quality research in other hospital settings is needed, including longer follow-up studies of family members who witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Oczkowski et al., 2015b). Besides, only three of the 12 systematic reviews took into account the

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

opinions of patients (Cypress and Frederickson, 2017; Paplanus et al., 2012a; Porter et al., 2013).

Most studies were carried out in the [United States](#), where it is a widespread practice to have family members present during [cardiopulmonary resuscitation and the practice is](#) well accepted by most healthcare professionals and the general population. To understand this situation, it is necessary to delve more deeply into the existing sociocultural differences between Latin and Anglo-Saxon countries.

As Walter (2012) explained in his paper entitled *Why different countries manage death differently: a comparative analysis of modern urban societies*, culture plays a key role in how families recognise the roles of professionals and how professionals see themselves. Other key factors that drive society's perceptions are whether the professionals are state employees or work for the private sector or a charitable organization and whether or not health insurance is universal. All of these different cultural situations influence how patients and families perceive health professionals and even how they exercise their rights to autonomy. For example, in Italy, someone who is dying traditionally leaves care decisions in the hands of their family, while the autonomy of the dying person is promoted in the [United States](#) and the United Kingdom (Walter, 2012).

We were unable to find any systematic reviews that covered Asian or Latin countries. Although there were two systemic reviews that were developed by Brazilian researchers, including one published in 2019 (Barreto et al., 2019; Ferreira et al., 2014), the primary studies they included had been developed in other countries. More original studies and reviews are [needed covering countries](#) where witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) is not common. Only one of the 12 systematic reviews included in this study reviewed papers published in a language other than English,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

namely Portuguese or Spanish (Ferreira et al., 2014). This could be another limitation.

5. Implications for research and policy

This was the first umbrella review to explore the perspectives of health professionals, patients and families on witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) in both hospitalised paediatric and adult patients. Sociocultural aspects had a direct influence on witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) and they should be considered by further [research; that](#) considers the effects of this practice on families and healthcare professionals. The results of several studies revealed Anglo-Saxon cultures, like those in the [United States](#) and the United Kingdom, generally facilitated the presence of families during [cardiopulmonary resuscitation](#).

Training initiatives are necessary to encourage professionals to look at their reservations and adopt more positive attitudes to witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) (Ferreira et al., 2014). We hope the results of this study will inform the design of culturally sensitive [policies; that](#) respect the rights and wishes of patients and their families and enable families to be present during [cardiopulmonary resuscitation](#), with the support and agreement of health professionals.

Further research is required to assess the extent to which witnessed [cardiopulmonary resuscitation](#) is implemented and practised (Porter et al., 2013) and existing staff training also needs to be evaluated. Nurses must take a lead role in implementing this practice (Paplanus et al., 2012a).

6. Conclusions

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

All of the available evidence in this review supports allowing families to be present during cardiopulmonary resuscitation. However, educational and cultural backgrounds influence of healthcare professionals' experiences and attitudes towards, this practice.

It is necessary to integrate the presence of family members into educational curricula and provide emergency personnel with relevant training. Furthermore, the general population need to be aware of the practice so that they can ask to be present.

Culturally sensitive policies also need to be designed, that respect the rights and wishes of patients and their families, and to make sure healthcare professionals make it possible for families to witness cardiopulmonary resuscitation if they want to.

Funding

No external funding was received.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

- 1
2
3 Albarran, J., Moule, P., Bengler, J., McMahon-Parkes, K., & Lockyer, L. (2009).
4
5 Family witnessed resuscitation: The views and preferences of recently
6
7 resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the
8
9 experience of resuscitation survival. *Resuscitation*, *80*, 1070–1073.
10
11 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.05.020>.
12
13
14 American Association of Critical-Care Nurses practice alert. (n.d.). Family presence
15 during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. Retrieved from
16
17 www.aacn.org/AACN/practiceAlert.nsf/vwdoc/pa2.
18
19
20 American Association of Critical-Care Nurses. (2007). Family presence during CPR
21 and invasive procedures. *American Journal of Critical Care*, *16*(4), 283–284.
22
23
24 Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P.
25
26 (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct
27 and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*, *13*(3),
28
29 132–140.
30
31
32 Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P.
33
34 (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute.
35
36 *Chapter 10: Umbrella Reviews*. (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). Retrieved from
37
38 <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/> %0A%0A%0A%0A.
39
40
41
42
43
44
45
46 Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Scholte, W., Smith, K.,
47
48 Strömberg, A., Strömberg, D., Norekval, T. (2010). European cardiovascular
49 nurses ' experiences of and attitudes towards having family members present in
50 the resuscitation room. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *9*(1), 15–
51
52 23. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001>.
53
54
55
56
57
58
59 Barreto, M. da S., Peruzzo, H. E., Garcia-Vivar, C., & Marcon, S. S. (2019). Family
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP*, 53, 1–13.

Cypress, B. S., & Frederickson, K. (2017). Family Presence in the Intensive Care Unit and Emergency Department : A Metasynthesis. *Journal of Family Theory & Review*, 9 (June), 201–218. <https://doi.org/10.1111/jftr.12193>.

Dingeman, R. S., Mitchell, E. A., Meyer, E. C., & Curley, M. A. Q. (2007). Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation : A Systematic review of the Literature. *Pediatrics*, 120, 842–854. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3706>.

Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., Rhee, K. J., Michigan, J., Michigan, A. A. (1987). Family participation during resuscitation: An option. *Annals of Emergency Medicine*, 16(6), 673–675. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(87\)80069-0](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(87)80069-0).

Duran, C., Oman, K., Jordan Abel, J., Koziel, V., & Szymanski, D. (2007). Critical Care Nurses' Beliefs about and. *American Journal of Critical Care*, 16(3).

Dwyer, T. (2009). Balancing staff and family presence during resuscitation. CENA International Conference for Emergency Nursing. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 171.

Emergency Nurses Association. (1995). Presenting the Option for Family Presence. Park Ridge, Ill: Emergency Nurses Association.

Engel, K., Barnosky, A., Berry-Bovia, M., Desmond, J., & Ubel, P. (2007). Provider Experience and Attitudes toward Family Presence during Resuscitation Procedures. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1007–1009. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0096>.

Ferreira, C. A., Blabino, F. S., Balieiro, M., & Mandetta, M. (2014). Family presence

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. *Rev Paul Pediatr*, 32(1), 107–113.

Fulbrook, P., Albarran, J. W., & Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 557–568. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012>.

Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf de W, L. F., Devictor, D., & Norekvål, T. (2007). The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation Working Group. The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal. *The World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86–88.

Giles, T., de Lacey, S., & Muir-Cochrane, E. (2016). Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2706–2717. <https://doi.org/10.1111/jan.13046>.

Grice, A. S., Picton, P., & Deakin, C. D. S. (2003). Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia*, 91(6), 820–824. <https://doi.org/10.1093/bja/aeg276>.

Günes, U. Y., & Zaybak, A. (2009). A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2907–2915. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02826.x>.

Hassankhani, H., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Haririan, H., & Porter, J. E. (2017). Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *Journal of*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Nursing Scholarship, 49(2), 127–134. <https://doi.org/10.1111/jnu.12273>.

Higgins, J., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Cochrane Book Series, Ed.). Retrieved from <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1>.

Howlett, M. S. L., & Gail, A. (2010). Health Care Providers ' Attitudes Regarding Family Presence During Resuscitation of Adults An Integrated Review of the Literature. *Clinical Nurse Specialist*, 24(3), 161–174.

Kirchhoff, C., Stegmaier, J., Buhmann, S., Leidel, B. A., Biberthaler, P., Mutschler, W., & Kanz, K. (2007). Trauma surgeons ' attitude towards family presence during trauma resuscitation : A nationwide survey. *Resuscitation*, 75, 267—275 CLINICAL. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.04.015>.

Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family-witnessed resuscitation – experience and attitude of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241–250.

Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 20(2), 77–85. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31829600a8>.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, PJ., Kleijnen, J., Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies that Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine* |, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Lippert, F. K., Raffay, V., Georgiou, M., Steen, P. A., & Bossaert, L. (2010).
European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10.
The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, *81*(10),
1445–1451.

Macy, C., Lampe, E., Neil, B. O., Swor, R., Zalenski, R., & Compton, S. (2006). The
relationship between the hospital setting and perceptions of family-witnessed
resuscitation in the emergency department. *Resuscitation*, *70*, 74–79.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.11.013>.

Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency Nurses' Current Practices and
Understanding of Family Presence During CPR. *Journal of Emergency Nursing*,
(33), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.024>.

Maxton, F. J. C. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU : the
parents ' experience. Sharing and surviving the resuscitation : a
phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 3168–3176.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x>.

McClement, S. E., Fallis, W. M., & Pereira, A. (2009). Family presence during
resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing
Scholarship*, *41*(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x>.

Mentzelopoulos, S. D., Bossaert, L., Raffay, V., Askitopoulou, H., Perkins, G. D.,
Greif, R., ... Xanthos, T. (2016). A survey of key opinion leaders on ethical
resuscitation practices in 31 European Countries. *Resuscitation*, *100*, 11–17.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.12.010>.

Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., & Guzzeta, C. E. (1998). Do families want to be
present during CPR ? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*,
24(5), 400–405.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J., & Tancredi, D. (2007). Impact of a Multifaceted Intervention on Nurses' and Physicians' Attitudes and Behaviors Toward Family Presence During Resuscitation. *Critical Care Nurse*, 27(1), 52–61. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00136.x>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7). Retrieved from [10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097).

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, LA., PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1–9. Retrieved from <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1>.

Mortelmans, L. J. M., Cas, W. M. F., Van Hellemond, P. L. a, & De Cauwer, H. G. (2009). Should relatives witness resuscitation in the emergency department? The point of view of the Belgian Emergency Department staff. *European Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 87–91. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32830abe17>.

Oczkowski, S., Mazzetti, I., Cupido, C., & Fox-Robichaud, A. E. (2015a). Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Canadian Respiratory Journal*, 22(4), 201–205.

Oczkowski, S., Mazzetti, I., Cupido, C., & Fox-Robichaud, A. E. (2015b). The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care*, 3, 41. <https://doi.org/10.1186/s40560-015-0107-2>.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Ong, M. E., Chung, W. ling, & Mei, J. S. (2007). Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population. *Resuscitation*, 73, 103–108. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.08.007>

Paplanus, L. M., Salmond, S., Jadotte, Y., & Viera, D. (2012a). A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally – Part I: Perspectives of Patients and Families. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(32), 1883–2017.

Paplanus, L. M., Salmond, S. W., Jadotte, Y. T., & Viera, D. L. (2012b). A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally – Part II: Perspectives of Healthcare Providers. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(33), 2018–2294.

Porter, J., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing*, 22(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.07.001>.

Porter, J., Dip, G., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2013). Attitudes , implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *International Emergency Nursing*, 21(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.04.002>.

Powers, K. A. (2017). Educational Interventions to Improve Support for Family Presence During Resuscitation A Systematic Review of the Literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(2), 125–138. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000228>.

Rittenmeyer, L., & Huffman, D. (2012). How Families and Health Care Practitioners Experience Family Presence during Resuscitation and Invasive Procedures. *JBI*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Library of Systematic Reviews, 10(31), 1785–1882.

Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2014).

Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 957–974. <https://doi.org/10.1111/jan.12276>.

Salmond, S. W., Paplanus, L. M., & Avadhani, A. (2014). Using Systematic Reviews

to Guide Decision Making About Family-Witnessed Resuscitation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(6), 480–490. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.07.011>.

Sheng, C. K., Lim, C. K., & Rashidi, A. (2010). A multi-center study on the attitudes

of Malaysian emergency health care staff towards allowing family presence during resuscitation of adult patients. *Int J Emerg Med*, 3, 287–291. <https://doi.org/10.1007/s12245-010-0218-4>.

Smith McAlvin, S., & Carew-Iyons, A. (2014). Family presence during resuscitation

and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *American Journal of Critical Care*, 23(6).

Tíscar-González, V., Gastaldo, D., Moreno-Casbas, M. T., Peter, E., Rodríguez-

Molinuevo, A., & Gea-Sánchez, M. (2019). Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Atencion Primaria*, 51(5), 269–277. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>.

Toronto, C. E., & Larocco, S. A. (2019). Family perception of and experience with

family presence during cardiopulmonary resuscitation : An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 32–46. <https://doi.org/10.1111/jocn.14649>.

Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*,
135(11), 507–511.

Vincent, C., & Lederman, Z. (2017). Family presence during resuscitation: extending
ethical norms from paediatrics to adults. *Journal of Medical Ethics*, 0, 1–3.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103881>.

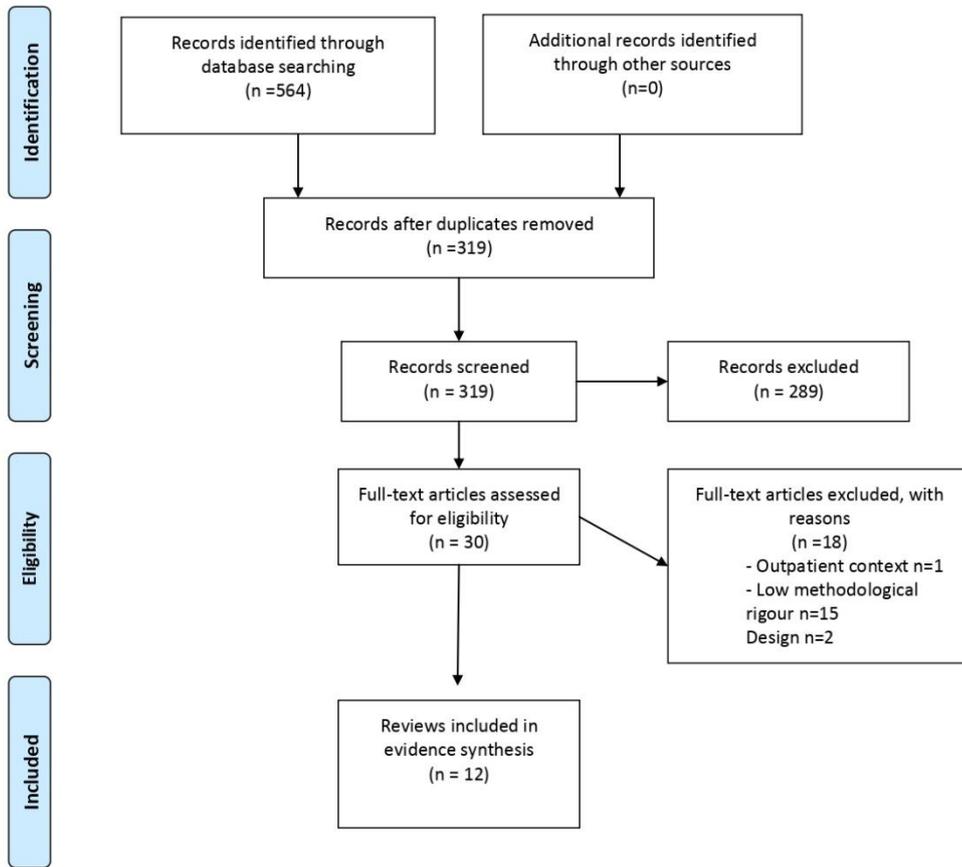
Walter, T. (2012). Why different countries manage death differently : a comparative
analysis of modern urban societies. *The British Journal of Sociology*, 63(1).
<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2011.01396.x>.

Yanturali, S., Ersoy, G., Yuruktume, A., Aksay, E., Suner, S., Sonmez, Y., Oray, D.,
Colak, N., Cimrin, A. (2005). A national survey of Turkish emergency physicians
perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation A
national survey of Turkish emergency physicians perspectives regarding family
witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Int J Clin Pract*, 59(4), 441–446.
<https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2004.00317.x>.

Figure(s)



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Table(s)

Table 1: Database search strategy

Database: PubMed

Filters: Language; Dates of publication

Total: 96

("Cardiopulmonary Resuscitation"[Mesh] OR Resuscitation[tiab] OR "Life Support"[tiab] OR CPR[tiab]) AND ("Family"[Mesh:NoExp] OR ((Family[tiab] OR Families[tiab] OR Familiar*[tiab] OR Relatives[tiab]) AND (Witness*[tiab] OR Presenc*[tiab]))) OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Professional Family"[tiab] OR "Professional-Family"[tiab] OR "Family Professional"[tiab] OR "Family-Professional"[tiab]) AND (systematic[sb] OR "meta-analysis"[pt] OR "meta-analysis as topic"[Mesh] OR "meta analy*" [tw] OR metanaly*[tw] OR metaanaly*[tw] OR "met analy*" [tw] OR "integrative research"[tiab] OR Review[tiab] OR "integrative review*" [tiab] OR "integrative overview*" [tiab] OR "research integration*" [tiab] OR "research overview*" [tiab] OR "collaborative review*" [tiab] OR "collaborative overview*" [tiab] OR "systematic review*" [tiab] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR Review[ptyp] OR "technology assessment*" [tiab] OR "technology overview*" [tiab] OR "Technology Assessment, Biomedical"[Mesh] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR "comparative efficacy" [tiab] OR "comparative effectiveness" [tiab] OR "outcomes research" [tiab] OR "indirect comparison*" [tiab] OR (("indirect treatment" [tiab] OR "mixed-treatment" [tiab]) AND (comparison*[tiab])) OR Embase*[tiab] OR Cinahl*[tiab] OR "systematic overview*" [tiab] OR "methodological overview*" [tiab] OR "methodologic overview*" [tiab] OR "methodological review*" [tiab] OR "methodologic review*" [tiab] OR "quantitative review*" [tiab] OR "quantitative overview*" [tiab] OR "quantitative syntheses*" [tiab] OR "pooled analy*" [tiab] OR Cochrane[tiab] OR Medline[tiab] OR Pubmed[tiab] OR Medlars[tiab] OR handsearch*[tiab] OR "hand search*" [tiab] OR "meta-regression*" [tiab] OR metaregression*[tiab] OR "data syntheses*" [tiab] OR "data extraction" [tiab] OR "data abstraction*" [tiab] OR "mantel haenszel" [tiab] OR peto[tiab] OR "dersimonian" [tiab] OR dersimonian[tiab] OR "fixed effect*" [tiab] OR Review[tiab])

Table(s)

Table 2. Results for the critical appraisal

Each criteria is scored Yes (Y), No (N), Unclear (U) or Not applicable (NA)

Citation	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Cypress et al (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	Y
Powers et al (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	U	Y	Y
Sak-Dankosky et al (2013)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	Y
Oczkowski et al (2015)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	Y
McAlvin et al (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	Y
Paplanus et al (2012) PART I	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Paplanus et al (2012) PART II	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Porter et al (2012)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	U	Y	U
Porter et al (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	NA	Y	Y
Rittenmeyer et al (2012)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	Y
Ferreira et al (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	NA	Y	U
Toronto et al (2018)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	Y

Q1: Was the review question clearly and explicitly stated?

Q2: Were the inclusion criteria appropriate for the review question?

Q3: Was the search strategy appropriate?

Q4: Were the sources and resources used to search for studies adequate?

Q5: Were the criteria for appraising studies appropriate?

Q6: Was the critical appraisal **independently** conducted by two or more reviewers?

Q7: Were there methods to minimize errors in data extraction?

Q8: Were the methods used to combine studies appropriate?

Table(s)

Table 3: Results of the studies

Review & Year	Summary of findings/conclusions	Comments
Cypress et al. (2017)	<p>Family presence during cardiopulmonary resuscitation has a positive impact on patients, their family members and nurses. For family members to remain present during CPR is a right. Close physical proximity is key for family. They need to comfort their loved one and may even provide spiritual support.</p> <p>Family have the right to know, understand, and be informed of what is happening. Communicating about a patient's condition is really important for families.</p> <p>Providing emotional support, feelings of safety, and comfort is professionals' attempt to guarantee respect for the patient's integrity.</p> <p>The theme of engagement strives to assist the family to find meaning, consolation, and endurance to rebuild their lives.</p> <p>The lack of formal policies and written guidelines about family presence in hospitals is currently an issue</p>	
Powers, K. A. (2017)	<p>13 of the 16 studies demonstrated family presence during resuscitation education had a positive effect. Educational interventions can improve the perception of family presence during resuscitation and increase healthcare professionals' level of comfort and self-confidence during its implementation. After the educational intervention, health professionals increased their willingness to offer the family the option of family presence during resuscitation.</p> <p>Currently there is no recommendation stating the most effective approach to family presence during resuscitation education, so more original research on family presence during resuscitation educational interventions is needed.</p>	
Sak-Dankosky et al. (2013)	<p>Cultural and educational backgrounds influence healthcare professionals' experiences and attitudes towards witnessed Cardiopulmonary resuscitation. Although international guidelines recommend family presence during resuscitation, it is not a very widely implemented practice.</p> <p>There is a lack of local guidelines and policies. Training would increase healthcare professionals' awareness of the benefits and limitations of witnessed Cardiopulmonary resuscitation.</p> <p>Only two studies out of 15 reported that the majority of health professionals claimed that they support this</p>	

	practice	
Oczkowski et al. (2015)	Offering family presence during resuscitation does not affect resuscitation outcomes, such as mortality or CPR quality. There is moderate-quality evidence in adults, and low-quality evidence in children. The moderate-quality evidence in adults suggests that offering family presence during resuscitation may also improve psychological outcomes in family members.	The meta-analysis is limited by the small number of quality trials (as well as their sample and quality). Further quality research is needed in other hospital settings. There is limited evidence evaluating the effects of offering family presence during resuscitation .
Review & Year	Summary of findings/conclusions	Comments
McAlvin et al. (2014)	Parents want to be present when their child is undergoing invasive procedures or Cardiopulmonary resuscitation. They think that their presence will comfort their child during Cardiopulmonary resuscitation. The role of the liaison between the healthcare team and the family should be encouraged. It is important to guarantee a continuous assessment of the patient's family. Parents should be moved from the Cardiopulmonary resuscitation area if their behaviour becomes disruptive or obstructive. Health professionals are more likely to develop this practice if there is a written policy	There is a lack of evidence about how family presence influences a parent's ability to cope with the procedure and their satisfaction with the care. Multicentre studies with larger sample sizes are needed
Paplanus et al. (2012) Part I	In the included studies, families and patients show strong support for family presence during resuscitation and they believe that it is a right. Some studies reveal patients' concerns about confidentiality. Persons who had previous experience with witnessing cardiopulmonary resuscitation show more supportive attitudes. Nursing must take a leadership role in implementing this practice	There is no evidence about family witnessed invasive procedures in adult patients
Paplanus et al. (2012) Part II	The duration of clinical practice, the study setting, and the presence of a formal institutional policy are key factors that influence the perspectives of healthcare providers on family presence during resuscitation. The reason why professionals are reluctant to endorse witnessed cardiopulmonary resuscitation is not because of its results, but because of the lack of definition of the processes and decision-making required for its implementation. There is a potential regional component in the opposition to decision making in the studies	There is not strong evidence from the actual family presence during resuscitation experiences of healthcare professionals. More randomised controlled designs studies are needed; for example, to evaluate educational programmes utilising simulations or health professionals with diverse

	<p>developed in different regions of Turkey. There are several factors that could explain this; local cultural differences in the beliefs and attitudes of healthcare professionals towards witnessed Cardiopulmonary resuscitation, prior professional experience with this practice, the existence of formal policies, and a Western setting.</p> <p>The studies conducted in Belgium, Germany, Singapore, Turkey, and the European surveys did not support the use of witnessed Cardiopulmonary resuscitation. Turkey showed the lowest support scores. The studies from the United Kingdom, Ireland, Australia and the United States were in favour of witnessed Cardiopulmonary resuscitation. Healthcare professionals believe that the family may interfere with manoeuvres and increase staff stress</p>	<p>demographics (i.e., experience, supporting formal family presence during resuscitation policies, etc).</p>
Porter et al. (2013)	<p>It is necessary to integrate the presence of family members into the curriculum and to train emergency personnel. It is also necessary for the general population to be aware of it.</p> <p>It is important to create a supporting staff role. The available evidence supports family presence during resuscitation in the emergency department. Staff, family members and the general public endorse the practice.</p>	<p>Further research is required to assess the extent to which FPDR is implemented and practiced. Staff training must be evaluated too.</p>
Porter et al. (2014)	<p>Health professionals agreed that being present when a loved one was being resuscitated helped with the grieving process.</p> <p>However, its barriers included fear of litigation, increased stress and anxiety levels, traumatic experience, fear that family will interfere with the resuscitation and fear that the staff will be distracted by distressed relatives.</p> <p>The supporting healthcare professional is important, and this person should not actively participate in cardiopulmonary resuscitation.</p> <p>It is necessary to educate staff to successfully implement this practice. Emergency staff education may significantly affect attitudes in favour of family presence.</p> <p>To offer the choice of being present is essential</p>	
Toronto et al. (2018)	<p>Families consider that FDPR is a fundamental right. They describe the benefits to the patient and to themselves.</p> <p>It is necessary to establish policies that guarantee an adequate level of training of health professionals and the necessary resources to facilitate the presence of the family during resuscitation.</p> <p>The majority of family members are not concerned with the potential for adverse psychological effects after witnessing cardiopulmonary resuscitation.</p>	<p>More experimental design studies are needed</p> <p>The only study included was conducted in an Eastern country.</p>

	<p>The family are of the opinion that being present during cardiopulmonary resuscitation benefits the patient, because they have information that could be useful. The family considers that with their presence they can make the patient feel more comfortable, even if they are unconscious.</p> <p>They can touch the patient and if the patient dies they are able to participate in post-mortem care.</p> <p>Being present during cardiopulmonary resuscitation allows the family to feel confident that every effort to save the patient's life has been done</p>	
Rittenmeyer et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Most family members believe that they have a right to be present. Healthcare practitioners need to have control over the circumstances of the practice. • Healthcare providers need to be actively involved in having input into the creation of policies and procedures of family presence; • nurses seem to be most comfortable with the family being present during cardiopulmonary resuscitation and they advocate for policies that allow for its implementation. Indeed, most professionals are in favour of this practice. • The results of 25 qualitative systematic reviews were synthesised into five findings: • Conditional Acceptance: most practitioners and family members accept the practice of family presence during resuscitation and invasive procedures and acknowledge its many benefits • Hovering Uneasiness: Although they are in favour of the practice, professionals show reticence, including anxiety about interruptions. • Confronting reality: The family can make better decisions on behalf of their relative by knowing the context of the situation. • Family Empowerment: Professionals must empower families to decide whether or not they want to be present • Unwavering Rejection: Some healthcare providers are wholly opposed to allowing the family to be present during resuscitation or invasive procedures 	<p>In some studies, the patient's voice was not fully represented</p> <p>In this review, only English written articles were included. A Portuguese language study needed to be excluded.</p>
Ferreira et al. (2014)	<p>It is necessary to promote the modification of professionals' restrictive beliefs about family presence in cardiopulmonary resuscitation and in Invasive procedures.</p>	

	<p>Not having the opportunity to be present could contribute to the emotional trauma of parents. Although they find it difficult to be present, they are of the opinion that leaving would be worse. If the child dies, the family are in the last moments of their life.</p> <p>To develop a declared institutional policy is key. Witnessed cardiopulmonary resuscitation does not affect the efficiency of the team during the cardiopulmonary resuscitation.</p> <p>It would be necessary to document the reasons if witnessed cardiopulmonary resuscitation is not offered.</p> <p>It is important to evaluate the condition of the unit, the staff and the family on a case-by-case basis.</p>	
--	--	--

Table(s)

Table 4: Summary table of scope of reviews under the umbrella review (n=12)

Authors	Aim	Methodology/ Search strategy	Review typology	Number of studies included	Participants and sampling	Service	Countries
Cypress et al. (2017)	To describe, analyse, and synthesise the findings of qualitative studies during the 10-year period that examined the experiences of the presence of family in patients, their family members, and nurses	Search strategy specified (2004-2013) CINAHL, MEDLINE, Web of Science, and PsycINFO qualitative articles published in English	Qualitative metasynthesis (Sandelowski method (2007)) is an interpretive integration of qualitative findings	17; 8 Qualitative descriptive designs; 3 Grounded theory studies; 4 Phenomenological studies; 1 Ethnographic study; 1 Action research study	The findings of this metasynthesis represent a total number of 77 critically ill patients, 194 family members, and 73 nurses	Adult Intensive Care Units and Emergency Departments	8 United States 2 Canada 1 New Zealand 2 United Kingdom 1 Norway 2 Sweden 1 Hong Kong
Powers et al. (2017)	To evaluate the effect of education on nurses' and health care providers' support for FPDR. To evaluate the types of educational interventions (classroom, simulation, and online approaches) used to improve FPDR support.	CINAHL, MEDLINE and PubMed articles published in English from 1987 to 2016	Systematic review of educational intervention studies about FPDR	16; Quasi-experimental design	Nurses, nursing students and physicians in ICU and ED Approximately 2500 professional experiences	Adult and paediatric ICU and ED	13 in the United States 1 in France 2 in Australia

Authors	Aim	Methodology	Review typology	Number of studies included	Participants and sampling	Service	Countries
Sak-Dankosky et al. (2013)	To identify, review and discuss the extant empirical research on the attitudes and experiences of nurses and physicians regarding adult patients witnessed cardiopulmonary resuscitation	CINAHL, PsycINFO and PubMed. Articles in English, published between 2007 and 2012	Integrative review	15; 8 quantitative approach 2 qualitative design 5 mixed methods Methods: Self-report questionnaires (3 studies used questionnaires developed by Fulbrook et al. (2005)(Fulbrook, Albarran, & Latour, 2005)) 5 questionnaire content validity	Roughly 2571 healthcare providers (nurses, physicians)	Adult inpatients (Intensive care unit, emergency department, cardiac care units and other units in a hospital context)	3 in the United States 2 in Israel 2 in Turkey 1 in Canada 1 in Germany 1 in Ireland 1 in South Africa 1 in Iran 1 in Malaysia 1 in China 1 in four European countries: the United Kingdom, Norway, Ireland, Sweden
Oczkowski et al. (2015)	To evaluate the effect of offering witnessed cardiopulmonary resuscitation compared to typical patient care (mortality, resuscitation quality,	MEDLINE, Embase, Cochrane, Register of Controlled Trials, CINAHL, clinicaltrials.gov, Google Scholar	A systematic review and meta-analysis	3 Randomised Clinical Trials in adults 1 Randomised Clinical Trials in children Intervention: offering family the opportunity to be present during CPR versus the usual	319 family presence events 570 relatives of patients in cardiac arrest	Adult and paediatric inpatients emergency department	1 France 1 Australia 1 United Kingdom 1 United States

	and the psychological health of family members)	inception up to August 2015		care			
Authors	Aim	Methodology	Review typology	Number of studies included	Participants and sampling	Service	Countries
McAlvin et al. (2014)	To evaluate the family members' experiences when they are present during resuscitation and invasive procedures in paediatric critical care settings, specifically looking at satisfaction with care and their ability to cope	CINAHL, MEDLINE, Ovid, and PubMed Articles published in English were reviewed between 1995 and 2012	A systematic literature search A thematic analysis was developed	6; 1 cross-sectional scale survey 1 qualitative (hermeneutic phenomenological approach) 4 mixed-method designs	77 parents and family of critically ill children	Emergency Departments and Pediatric intensive care unit in children's hospitals	United States Australia
Paplanus et al. (2012) PART I	To examine the effect of family witnessed resuscitation and family witnessed invasive procedures in adults from the perspective of patients and relatives	CINAHL MEDLINE OCLC PsycINFO ISI Web of Knowledge ERIC Evidence Based Medicine Reviews EMBASE The following registries were searched: JBI Cochrane Collection	A quantitative systematic review	15; 1 case control design 2 randomised clinical trial 12 survey design	Patients who survived resuscitation, admitted as emergency cases Family members	Emergency Departments, Trauma Emergency Departments, Intensive care unit, and cardiology, respiratory, and medical wards	5 England (south-west) 8 United States 2 Australia 1 Singapore 1 Turkey

		Sara Cole Hirsch Institute Virginia Henderson International Nursing Library of Sigma Theta Tau, MEDNAR, RAND, SCIRUS, and health-evidence.ca. English-language published and unpublished studies from 1985 to 2010					
Paplanus et al. (2012) PART II	To examine the evidence concerning FWR (Family Witnessed Resuscitation) and FWIP (Family Witnessed Invasive Procedures) in adults from the perspective of healthcare providers.	CINAHL, MEDLINE, OCLC, PsycINFO, ISI Web of Knowledge, ERIC, Evidence Based Medicine, EMBASE, JBI, Cochrane, Sara Cole Hirsch Institute, Virginia Henderson International Nursing Library of Sigma Theta Tau New York Academy of	A systematic review. Meta-analysis of 5 studies, and the remaining ones in narrative form	28; 1 randomised controlled trial (JBI Level II evidence) 1 match-controlled study (JBI level IIIa evidence) 26 cross-sectional survey designs (JBI Level IIIc evidence)	7531 health professionals (predominately nurses and physicians)	Adult patients in Intensive care units, Emergency Departments, trauma rooms and general nursing wards	11 United States 2 United Kingdom 1 Ireland 4 Turkey 3 Australia 2 Singapore 2 Germany 1 Belgium 1 Canada 1 Europe

		published between 1992 and June 2012					1 Turkey 1 Ireland
Authors	Aim	Methodology	Review typology	Number of studies included	Participants and sampling	Service	Countries
Rittenmeyer et al. (2012)	To synthesise the best available research evidence of families' and health care practitioners' experiences about family presence during resuscitation and invasive procedures	BioMed Central, CINAHL, Nursing/Academic Edition, Science Direct, EMBASE, ISI, Web of Knowledge, MEDLINE, PsycINFO, Psychlit SCOPUS TRIP, Sociological Abstracts, MEDNAR, Digital Dissertations, Proquest Dissertations, Theses FADE, Library Index to Theses, Networked, Digital Library of Theses, Dissertations	A systematic review Meta-aggregation or synthesis of findings	25; 4 phenomenology 6 mixed methods 15 qualitative descriptive	Family members and health care practitioners who had experienced the phenomena of family presence during resuscitation or invasive procedures	Institutional setting Paediatric and adult patients	16 United States 1 South Africa 1 Germany 2 Canada 2 Australia 1 England 2 Sweden

		Medicine, MEDNAR, RAND, SCIRUS and health-evidence.ca English language studies from 1985 to 2010					
Authors	Aim	Methodology	Review typology	Number of studies included	Participants and sampling	Service	Countries
Porter et al. (2013)	To undertake a review of the quantitative research literature so as to determine emergency staff and public attitudes, and to support the implementation and practice of family presence during resuscitation in the emergency department	CINAHL, Ovid Medline, PSYCHINFO, Pro-Quest, Theses Database, Cochrane, and the search engine, Google Scholar. From 1992 to October 2011	A quantitative systematic review	14; 1 randomised controlled trial 2 pretest-post-test 8 survey design studies 3 descriptive designs	2741 emergency professionals and 305 general public (patients and family)	Emergency Departments; adult or paediatric patients	7 United States 1 Singapore 3 Australia 1 Turkey 1 United Kingdom 1 Ireland
Porter et al. (2014)	To develop an understanding of the perceived benefits, barriers and enablers to implementing and practicing FPDR	CINHAL, Ovid Medline, PSYCHINFO, Pro-Quest, Theses Database, Cochrane, and the Google Scholar. Articles in English	A systematic review of the literature Content analysis	16; 12 quantitative studies (2 pre-test/post-test; 1 randomised controlled trial and 9 survey design) 4 qualitative studies	Physicians and nurses Paediatric critical care and emergency providers Family members Patients	Emergency Departments; adult or paediatric patients	1 Austria 8 United States 2 United Kingdom 1 Australia 1 Singapore 1 Sweden

		NurseScribe DiVA, Institute for Health & Social Care, Research PsycExtra, Public Health Agency of Canada. From 1985 to 2009 in English.					
Authors	Aim	Methodology	Review typology	Number of studies included	Participants and sampling	Service	Countries
Ferreira et al. (2014)	To identify literature evidence related to actions to promote the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures	PubMed, SciELO and Lilacs databases, from 2002 to 2012. Articles published in Portuguese, English or Spanish	Integrative review Qualitative Content Analysis according to Morse and Field	15; 11 descriptive survey 1 experimental 2 observational 1 qualitative (phenomenology)	10 studies included healthcare professionals 5 studies included family	Paediatric and neonatal critical care units.	12 United States 1 Australia 1 United Kingdom 1 Turkey
Toronto et al. (2018)	To consider family presence during resuscitation (FPDR) from family members' perspective	CINAHL, PsychINFO, Academic Search, SocINDEX, PubMed, ProQuest databases and Google Scholar. Articles from 1994 to 2017	An integrative review	12; 5 qualitative methods 2 quantitative methods 5 mixed methods	Family	Paediatric and adult patients	8 United States 1 Hong Kong 1 Australia 1 Belgium 1 Sweden

***Conflict of Interest form**

Conflict of interest

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship or publication of this article.

8.2. Artículo II: Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: Cross-sectional survey analysis.

Revista: Este artículo se encuentra publicado en Open Access en la revista PeerJ.

Año: 2019

Motivación: Da respuesta a los objetivos específicos dos y tres. Dado que no existía ninguna herramienta validada para la evaluación de los conocimientos teórico-prácticos y las actitudes antes los aspectos éticos que circunscriben la PCR, se considera necesaria la creación y validación de una herramienta útil para tal fin.



Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis

Verónica Tíscar-González¹, Joan Blanco-Blanco^{2,3,4}, Montserrat Gea-Sánchez^{2,3,4}, Ascensión Rodríguez Molinuevo⁵ and Teresa Moreno-Casbas^{6,7}

¹Nursing Teaching Supervision, OSI Araba, Osakidetza, Vitoria, Basque Country, Spain

²Faculty of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Lleida, Spain

³Group for the Study of Society Health Education and Culture, GESEC, University of Lleida, Faculty of Nursing and Physiotherapy, Lleida, Spain

⁴Health Care Research Group, GRECS, Biomedical Research Institute of Lleida, Lleida, Spain

⁵Nursing Teaching and Research Unit, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza, Bilbao, Basque Country, Spain

⁶Nursing and Healthcare Research Unit, Institute of Health Carlos III, Madrid, Spain

⁷CIBERFES, Institute of Health Carlos III, Madrid, Spain

ABSTRACT

Background. Nurses are often the first to activate the chain of survival when a cardiorespiratory arrest happens. That is why it is crucial that they keep their knowledge and skills up-to-date and their attitudes to resuscitation are very important. The main aim of this study was to analyse whether the level of theoretical and practical understanding affected the attitudes of nursing staff.

Methods. A questionnaire was designed using the Delphi technique (three rounds). The questionnaire was adjusted and it was piloted on a test-retest basis with a convenience sample of 30 registered nurses. The psychometric characteristics were evaluated using a sample of 347 nurses using Cronbach's alpha. Descriptive analysis was performed to describe the sociodemographic variables and Spearman's correlation coefficient to assess the relationship between two scale variables. Pearson's chi-squared test has been used to study the relationship between two categorical variables. Wilcoxon Mann Whitney test and the Kruskal-Wallis test were performed to establish relationships between the demographic/work related characteristics and the level of understanding.

Results. The Knowledge and Attitude of Nurses in the Event of a Cardiorespiratory Arrest (CAEPCR) questionnaire comprised three sections: sociodemographic information, theoretical and practical understanding, and attitudes of ethical issues. Cronbach's alpha for the internal consistency of the attitudes questionnaire was 0.621. The knowledge that nurses self-reported with regard to cardiopulmonary arrest directly affected their attitudes. Their responses raised a number of bioethical issues.

Conclusions. CAEPCR questionnaire is the first one which successfully linked knowledge of cardiopulmonary resuscitation to the attitudes towards ethical issues. Health policies should ensure that CPR training is mandatory for nurses and all healthcare workers, and this training should include the ethical aspects.

Submitted 22 August 2018

Accepted 7 January 2019

Published 7 February 2019

Corresponding author

Joan Blanco-Blanco,
joan.blanco@dif.udl.cat

Academic editor

Antonio Palazón-Bru

Additional Information and
Declarations can be found on
page 14

DOI 10.7717/peerj.6410

© Copyright

2019 Tíscar-González et al.

Distributed under

Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Subjects Cardiology, Emergency and Critical Care, Nursing, Ethical Issues

Keywords Attitudes, Cardiopulmonary resuscitation, Ethics, Healthcare training, Knowledge, Nursing

How to cite this article Tíscar-González V, Blanco-Blanco J, Gea-Sánchez M, Rodríguez Molinuevo A, Moreno-Casbas T. 2019. Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis. *PeerJ* 7:e6410 <http://doi.org/10.7717/peerj.6410>

INTRODUCTION

Early initiation of cardiopulmonary resuscitation (CPR) manoeuvres and activation of the chain of survival are key factors in the prognosis of patients who have suffered a cardiorespiratory arrest (CRA) (Balcázar-Rincón, Mendoza-Solís & Ramírez-Alcántara, 2015). Therefore, it is important to understand and master CPR techniques, as these are the main determinants of success rates in CRA care, irrespective of the setting in which they are performed.

Early initiation of CPR manoeuvres is so important that over the past few years training efforts have targeted the general public, especially in primary and secondary schools (López-Messa et al., 2011; Hansen et al., 2017; Sorets & Mateen, 2015). This training has showed them how activate the chain of survival and initiate CPR manoeuvres as soon as possible.

However, internationally some studies have reported a lack of knowledge among healthcare professionals, including nurses (Muñoz Camargo et al., 2011; Almeida et al., 2011; Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013; Plagisou et al., 2015) and physicians (Balcázar-Rincón, Mendoza-Solís & Ramírez-Alcántara, 2015; Howell et al., 2014). Basic aspects of CPR, such as the correct compression and ventilation sequence, do not appear to be correctly understood by all healthcare professionals and it has been suggested that CPR training needs to be improved in medical (López-Messa et al., 2011) and nursing schools (López-Messa et al., 2011; Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013; Dal & Sarpkaya, 2013), as well as postgraduate training (Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013).

In 2010 the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) reported that basic and advanced life-support knowledge and skills are likely to deteriorate over a short period of time, approximately 3–6 months (Dal & Sarpkaya, 2013; Mokhtari Nori et al., 2012; Nolan et al., 2010), and it recommends periodic evaluations to identify those professionals who need to refresh their knowledge and/or skills (Nolan et al., 2010).

The reported incidence of intra-hospital cardiopulmonary arrest in Spain differs widely between, from one to five patients per 1,000 patients admitted, with an overall survival rate of 20% (Sandroni et al., 2007).

Nurses are generally the first healthcare professionals to detect CRA and activate the chain of survival at healthcare institutions (Nyman & Sihvonen, 2000) and it is crucial that they keep their knowledge and skills updated (Dal & Sarpkaya, 2013).

Deciding whether to initiate and/or stop CPR manoeuvres is sometimes difficult, because ethical and legal issues may influence the decision-making process (Pyl & Menard, 2012; Püttgen & Geocadin, 2007). Over the past 10 or 20 years most elderly patients institutionalized in the USA have died with a written limited therapeutic effort (LTE) order (Cherniack, 2002). Similarly, LTEs and the interest in ethical issues in clinical practice have also increased in other countries (Bueno Muñoz, 2013). Do not Resuscitate (DNR) decisions are part of LTE, and they can be affected by factors as functional and premorbid status, quality of life and probability of survival. A systematic review conducted by Cook (Cook et al., 2017), suggested that it could be ageism in some DNR decisions when the decisions don't take in account other factors like the described before. International

and local cultural, legal, religious and socioeconomic factors are very important in the decision making too (Lippert et al., 2010).

Written LTEs are not common in Spain (Monzón et al., 2010) and it has been reported that the trend is to practice defensive medicine. This can provide care to CRA patients that may be often considered excessive (Santana Cabrera et al., 2010; Alonso-Renedo, González-Ercilla & Iráizoz-Apezteguía, 2014).

Some studies suggest that health professionals show some controversy to the presence of relatives during the CPR manoeuvres (Tíscar-González et al., 2018; Colbert & Adler, 2013; Enriquez et al., 2017), even when the literature reflects that it could be positive for the family to improve the grieving process (Oczkowski et al., 2015; Moons & Norekvål, 2008).

For all this, the attitudes displayed by nurses in the event of CRA are essential, as these determine whether they will activate the chain of survival as early as possible, when required, and also to safeguard the patient's right to receive dignified treatment that respects fundamental ethical principles.

But how are these attitudes reflected in clinical practice? The conceptual construct of the term attitude is complex. It may be defined as a tendency or predisposition, with cognitive, behavioural and, above all, positive and negative emotional components towards a certain situation. The measurement and evaluation of attitudes have been studied within the framework of social psychology for many years and have proved to be complicated (Manassero Mas & Vazquez Alonso, 2001; Vázquez-Alonso & Manassero-Mas, 1997).

The main aim of this study was to analyse whether the level of theoretical and practical understanding that nursing staff have is reflected in their attitudes to bioethical issues.

No validated questionnaires were available that evaluated the theoretical and practical understanding of CPR, and the attitudes exhibited by professionals in the event of CRA. Therefore, other aim of this study was to develop a questionnaire to measure how well nurses understood CPR and their attitudes to the bioethical issues surrounding CRAs.

MATERIAL & METHODS

A literature review and a triangulation between the research team and an expert in questionnaires validation were performed in order to create the CAEPCR questionnaire. One *ad hoc*, self-administered questionnaire was designed, which was based on the 2010 Basic and Advanced CPR recommendations from the European Resuscitation Council (Lippert et al., 2010) and current ethical and legal recommendations. It included both social and work-related characteristics, knowledge questionnaire and attitudes questionnaire.

The result was submitted to a further 10 experts for evaluation using the Delphi technique (Landeta, 2006; Yañez & Cuadra, 2008). These experts were carefully selected and included physicians and nurses from different care levels and geographic regions, namely the Basque Country and Catalonia. The selection criteria were based on their clinical experience in hospital-based, primary and intensive care, basic and advanced CPR-related teaching experience and/or advanced understanding of research methodology

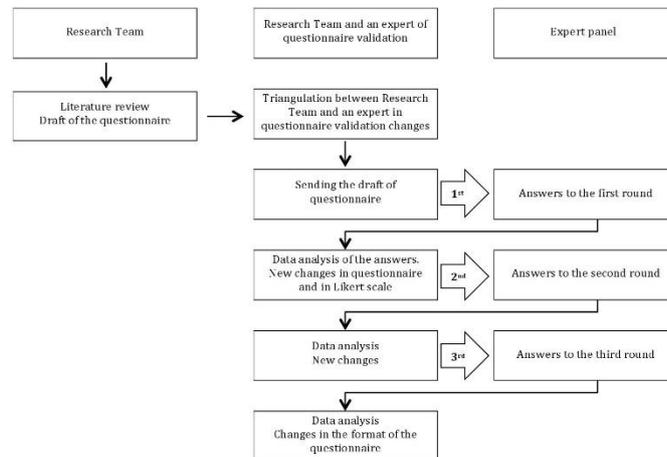


Figure 1 Delphi technique flow chart.

Full-size [DOI: 10.7717/peerj.6410/fig-1](https://doi.org/10.7717/peerj.6410/fig-1)

and questionnaire validation. Contact was via email and a total of three rounds of feedback were conducted.

With the Delphi technique, the questionnaire is subjected to the evaluation of experts, who must assess the latter's ability to evaluate all the dimensions that we want to measure. This technique presupposes that. Although there may be a discrepancy, some points can be found of consensus, and differentiate which aspects or dimensions are important (Fig. 1).

A test-retest pilot study was carried out after applying the Delphi technique to the questionnaire and performing the required modifications. A convenience sample of 30 registered nurses from the main hospital and outpatient departments at the OSI Bilbao-Basurto Integrated Healthcare Organisation was used. First, the psychometric characteristics of the questionnaire were measured: reliability using the intra-class correlation coefficient, internal consistency using Cronbach's alpha. The attitudes section of the questionnaire was subsequently modified. The Spanish questionnaire comprised 31 items: the first section covered Social/work related data, the second section theoretical and practical understanding and the third section covered attitudes towards ethical aspects (Tiscar González *et al.*, 2015).

The nurses' theoretical and practical understanding was evaluated using 11 questions that each had one correct and three incorrect answers. Similarly, attitudes toward ethical aspects were assessed by presenting 12 statements that were accompanied by a five-point Likert-type scale ranging from one for strongly disagree to five for strongly agree.

Last, a cross-sectional design study was performed. A total of 2,180 registered nurses were invited to participate. As inclusion criteria they should be working in hospitals and

Figure 5.1. Delphi technique flow chart

primary care organizations during the data collection period (from 16 October to 9 June 2015). The questionnaire was made available to the target population online using the Google doc tool and a link was sent to their corporate email accounts. The link was sent twice, two weeks apart. The body of the message comprised a poster containing images and encouraging and challenging professionals to participate.

Statistical method

Statistical analysis: a Microsoft Excel database was constructed for the statistical treatment and analysis using the SPSS 21 statistics programme. A p value of less than 0.05 was considered statistically significant, unless de Bonferroni correction was applied (p value < 0.005).

Descriptive analysis was performed to describe the sociodemographic variables and Spearman's correlation coefficient to assess the relationship between two scale variables. Pearson's chi-squared test has been used to study the relationship between two categorical variables, using Bonferroni correction for p value < 0.05. Wilcoxon Mann Whitney test and the Kruskal–Wallis test were performed to establish relationships between the demographic/work related characteristics and the level of understanding. When The psychometric characteristics of the questionnaire and their internal consistency were evaluated using Cronbach's alpha (Yañez & Cuadra, 2008). Finally, twelve attitude questions were analysed using Principal Components Analysis (PCA).

Ethical considerations

Approval was obtained from the Clinical Research Ethics Committee of OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza). The study adhered to the rules of the Declaration of Helsinki.

RESULTS

The CAEPCR questionnaire was created and modified according to the three Delphi rounds (version 0) and the results of the pilot study (version 1).

347 (15.9%) of the 2,180 nurses who were invited to participate in the study completed the questionnaire. The response rate was similar to that reported by other studies developed in our country (Aerny Perreten et al., 2012; Lupiáñez-villanueva, 2008).

Social/work-related characteristics

The social/work related characteristics are presented in Table 1.

We found that 87.0% ($n = 302$) of the 347 participants were female, their median age was 40 years and 35.2% ($n = 122$) had worked as nurses for more than 20 years. With regard to their employment status, 52.7% (183) had a permanent contract and 47.3% (164) were working on a temporary or provisional basis.

We found that 50.1% ($n = 174$) of nurses said that more than two years had passed since they last received CPR-related training, 22.8% ($n = 79$) had received training in the last 1–2 years, 9.5% ($n = 33$) in the 6–12 months, 6.4% ($n = 22$) in the last six months and 11.2% ($n = 39$) had never received CPR-related training.

The findings also showed that 21.9% ($n = 76$) of the nurses had never participated in CPR manoeuvres and 45.2% ($n = 157$) had not attended a CRA in the past two years.

Table 1 Demographics/work related characteristics.

Demographics/work related characteristics (N = 347)		
Demographics		
Age (mean; SD)		40.28; 10.65
Sex Female n (%)		302 (87)
Social/work related characteristics		
Work experience		
<5 years		50 (14.4)
>20 years		122 (35.2)
11–15 years		64 (18.4)
16–20 years		38 (11.0)
5–10 years		73 (21.0)
Type of contract		
Eventual contract		164 (47.3)
Permanent contract		183 (52.7)
Service		
Consultation Paediatrics Primary Care		13 (3.7)
Primary Care Consultation		102 (29.4)
Paediatric hospital service		9 (2.6)
Medical unit		157 (45.2)
Surgical Unit		66 (19)
Last CPR recycling course		
<6 months		22 (6.3)
>2 years		174 (50.1)
1–2 years		79 (22.8)
6 m–1 year		33 (9.5)
Never		39 (11.2)
Last CPR attended		
<6 months		41 (11.8)
>2 years		157 (45.2)
1–2 years		34 (9.8)
6 m–1 year		39 (11.2)
Never		76 (21.9)

When it came to refresher courses, 13.5% ($n = 47$) felt that they should be held every six months, 51.0% ($n = 177$) every 6-12 months and 33.1% ($n = 115$) every 1-2 years.

Theoretical/practical understanding of CPR

With regard to the theoretical/practical understanding of CPR recommendations, a mean number of 7.1 ± 1.45 correct answers were obtained for the 11 items on the questionnaire.

The frequency of correct answers in theoretical and practical knowledge section of the questionnaire are presented in [Table 2](#).

Statistically significant differences were found for two items—questions seven and 11—with regard to the association between the number of correct answers and how long the participants had worked as nurses. Nurses with more than 16 years of experience reported

Table 2 Frequency of correct answers in the theoretical/practical knowledge sections of the questionnaire.

Item	Correct answer n (%)
Q1. A family member tells you that a patient is lying on the floor and is not responding, you therefore	270 (77.8)
Q2. You have checked that the patient is actually unconscious, therefore you now	186 (53.6)
Q3. After checking for the absence of breathing and a pulse, you reach the conclusion that the patient is in cardiorespiratory arrest (CRA), therefore you start CPR manoeuvres. Consequently, you must know the thoracic compression technique	243 (70)
Q4. According to the ERC 2010 recommendations, the correct compression/ventilation relationship in CPR is	347 (100)
Q5. The most important changes that have been made in the updates to the CPR guidelines include	330 (95.1)
Q6. During treatment of ventricular fibrillation-related cardiac arrest or pulseless ventricular tachycardia (PVT), 1 mg of adrenaline is administered	82 (23.6)
Q7. For thoracic compression to be of good quality, whenever possible you are recommended to	225 (64.8)
Q8. After performing defibrillation you must	36 (10.4)
Q9. With regard to the administration route for medicines in CRA, it is true that	311 (89.6)
Q10. The drugs used intravenously must	102 (29.4)
Q11. What is the most effective treatment for a victim with ventricular fibrillation-related CRA	315 (90.8)

the lowest frequency of correct answers ($p = 0.02$) to question seven, which covered what they were recommended to do to achieve good-quality thoracic compression. Nurses on permanent contracts gave the highest number of correct answers ($p = 0.02$) to question 11 about the most effective treatment for a victim with ventricular fibrillation-related CRA (Table 3). Applying Bonferroni corrections for multiple comparing these significant differences disappear.

The overall number of correct answers, with a mean of 6.41 ± 1.32 out of 10, showed a statistically significant negative relationship with the age of the professional ($r = -0.18$, $p = 0.01$). Nurses aged more than 46 years had the lowest scores and these were particular lower when the respondents were 56 years or more. The mean scores did not differ significantly in terms of the type of contract ($p = 0.85$) (Table 3), how long they had worked as a nurse ($p = 0.07$) (Table 3), or where the nurse was working ($p = 0.47$) (Table 4).

The nurses who had undertaken a refresher course less than one year previously, and those who had attended a CRA within the past six months, obtained a higher understanding score. However, the differences were not statistically significant when they were compared with the nurses who had not had this training ($p = 0.35$ and $p = 0.09$ respectively) (Table 5).

Table 3 Frequency of correct answers in the theoretical/practical knowledge sections of the questionnaire by work experience and type of contract.

Item	n (%)	Work experience n (% of correct answers)					p-Value	Type of contract n (% of correct answers)		
		<5 years	5–10 years	11–15 years	16–20 years	>20 years		Temporary	Permanent	p-Value
Q1.	270 (77.8)	38 (76)	61 (83.6)	51 (79.7)	31 (81.6)	89 (73)	0.46	129 (78.7)	141 (77)	0.72
Q2.	186 (53.6)	33 (66)	41 (56.2)	31 (48.4)	21 (55.3)	60 (49.2)	0.29	96 (58.5)	90 (49.2)	0.08
Q3.	243 (70)	36 (72)	55 (75.3)	49 (76.6)	28 (73.7)	75 (61.5)	0.14	117 (71.3)	126 (68.9)	0.61
Q4.	347 (100)	50 (100)	73 (100)	64 (100)	38 (100)	122 (100)	1	164 (100)	183 (100)	1
Q5.	330 (95.1)	47 (94)	70 (95.9)	62 (96.9)	36 (94.7)	115 (94.3)	0.93	154 (93.9)	176 (96.2)	0.33
Q6.	82 (23.6)	14 (28)	19 (26)	13 (20.3)	11 (28.9)	25 (20.5)	0.66	38 (23.2)	44 (24)	0.85
Q7.	225 (64.8)	38 (76)	51 (69.9)	47 (73.4)	20 (52.6)	69 (56.6)	0.02 ^a	114 (69.5)	111 (60.7)	0.08
Q8.	36 (10.4)	6 (12)	9 (12.3)	6 (9.4)	4 (10.5)	11 (9)	0.94	19 (11.6)	17 (9.3)	0.48
Q9.	311 (89.6)	45 (90)	65 (89)	60 (93.8)	34 (89.5)	107 (87.7)	0.79	144 (87.8)	167 (91.3)	0.29
Q10.	102 (29.4)	11 (22)	21 (28.8)	22 (34.4)	16 (42.1)	32 (26.2)	0.22	45 (27.4)	57 (31.1)	0.45
Q11.	315 (90.8)	43 (86)	64 (87.7)	59 (92.2)	31 (81.6)	118 (96.7)	0.02 ^a	139 (84.8)	176 (96.2)	0.02
		Mean (SD)								
Final evaluation	6.4 (1.3)	6.6 (1.4)	6.6 (1.2)	6.6 (1.1)	6.5 (1.4)	6.1 (1.3)	0.07	6.4 (1.3)	6.4 (1.2)	0.85

Notes.^aAny comparison is significant after applying Bonferroni correction (p -Value < 0.005).**Table 4** Frequency of correct answers in the theoretical/practical knowledge sections of the questionnaire by service.

Item	Service n (% of correct answers)					p-Value
	Medical unit	PC consultancy	Surgical unit	Paediatric PC consultancy	Paediatric service	
Q1.	120 (76.4)	82 (80.4)	53 (80.3)	7 (53.8)	8 (88.9)	0.22
Q2.	83 (52.9)	53 (52)	38 (57.6)	6 (46.2)	6 (66.7)	0.83
Q3.	112 (71.3)	68 (66.7)	48 (72.7)	8 (61.5)	7 (77.8)	0.81
Q4.	157 (100)	102 (100)	66 (100)	13 (100)	9 (100)	
Q5.	149 (94.9)	98 (96.1)	61 (92.4)	13 (100)	9 (100)	0.67
Q6.	33 (21)	26 (25.5)	17 (25.8)	2 (15.4)	4 (44.4)	0.46
Q7.	113 (72)	59 (57.8)	45 (68.2)	6 (46.2)	2 (22.2)	0.01 ^a
Q8.	17 (10.8)	12 (11.8)	6 (9.1)	1 (7.7)	0 (0)	0.82
Q9.	142 (90.4)	91 (89.2)	57 (86.4)	13 (100)	8 (88.9)	0.66
Q10.	57 (36.3)	19 (18.6)	17 (25.8)	4 (30.8)	5 (55.6)	0.01 ^a
Q11.	139 (88.5)	93 (91.2)	62 (93.9)	13 (100)	8 (88.9)	0.54
Final evaluation mean (SD)	6.5 (1.4)	6.3 (1.1)	6.5 (1.2)	6 (1.5)	6.7 (1.8)	0.47

Notes.^aAny comparison is significant after applying Bonferroni correction (p -Value < 0.005).

Table 5 Evaluation of knowledge in terms of attendance at CPR refresher course, last time CRA attended and need for CPR training.

	Evaluation of the knowledge questionnaire—mean (SD)					<i>p</i> -Value
	<6 months	6–12 months	1–2 years	>2 years	Never	
Time since last CPR refresher course	6.7 (1.2)	6.7 (1.2)	6.3 (1.2)	6.4 (1.3)	6.3 (1.3)	0.35
Time since last attended a CRA	6.8 (1.4)	6.5 (1.3)	6.6 (1)	6.4 (1.3)	6.1 (1.3)	0.09
Need for CPR training course	6.4 (1.2)	6.5 (1.3)	6.3 (1.3)	5.9 (1.1)	–	0.23

Table 6 Rotated component matrix.

Attitude questions	Component			
	1	2	3	4
1: Do you consider yourself to be sufficiently well trained to perform CPR?	0.90	0.01	0.09	−0.06
2: Do you consider that you understand the action protocol for performing CPR in your work area?	0.90	0.01	0.05	−0.01
3: Do you consider yourself to be personally responsible for being able to perform CPR?	0.46	0.10	−0.14	0.25
4: Do you consider it to be the responsibility of your work centre to provide you with training to perform CPR?	0.22	0.30	−0.18	0.46
5: Do you consider that the person with the greatest understanding and experience in the team should be the person to LEAD CPR irrespective of whether they are a physician or a nurse?	−0.13	0.72	0.13	0.15
6: Do you consider that CPR can be PERFORMED by either physicians or nurses?	0.10	0.79	0.01	0.12
7: Do you agree that you do not need to be a healthcare professional to initiate CPR?	0.09	0.56	0.01	0.12
8: Do you consider it appropriate not to start, or to interrupt CPR manoeuvres if started, when the probability of neurological sequel is high?	−0.03	0.06	0.72	0.09
9: Do you consider that the presence of family members does not influence your decision to commence CPR manoeuvres?	0.09	0.44	0.37	−0.30
10: Do you believe that the information YOU have about the patient may lead you to stop CPR?	0.03	0.03	0.79	0.17
11: Do you consider it necessary to identify do not resuscitate patients (for example in the hospital or even in the primary care records)?	0.09	0.22	0.25	0.63
12: Do you consider it necessary for patients at highest risk of requiring CPR to be identified in the hospital?	−0.07	0.02	0.20	0.74

Attitude questionnaire***Psychometric characteristics***

The internal consistency of the 12-item attitudes section of the questionnaire had a Cronbach's alpha value of 0.62. To study the reduction of scales, a principal components factor analysis was developed, which led to four components (factors).

The common factors and component matrix of the principal component analysis are summarized in [Table 6](#).

Factor 1 was named Personal Responsibility and included three items (1, 2 and 3). Cronbach's alpha value was 0.66.

Factor 2, Leadership and decision making, included four items (5, 6, 7 and 9). Cronbach's alpha value of 0.51.

Factor 3, Stop CPR, included two items (8 and 9). Cronbach's alpha value of 0.53. Factor 4, Organization Responsibility, included three items (4, 11 and 12). Cronbach's alpha value of 0.44.

Outcomes of Attitudes questionnaire

4% ($n = 14$) of nurses strongly agreed and 20% ($n = 70$) slightly agreed with the statement that they were sufficiently well prepared to perform CPR at their place of work, while 4% ($n = 15$) strongly agreed and 27% ($n = 93$) slightly agreed to some extent that they were aware of the action protocol at their centre.

37% ($n = 129$) strongly agreed and 25% ($n = 87$) slightly agreed that staff were responsible for instruction to attend a CRA while 75% (261) strongly agreed and 18% (63) slightly agreed that their place of work was responsible for providing CPR-related training.

We found that 73.5% ($n = 255$) of nurses strongly agreed that the person with the greatest knowledge and experience in the team, should lead the CPR and that CPR could be performed by either physicians or nurses (67.7%, $n = 235$).

23.1% ($n = 80$) strongly agreed and 21.6% ($n = 75$) slightly agreed that not to start or to interrupt CPR manoeuvres if started, when the probability of neurological sequelae is high.

27.1% ($n = 94$) strongly agreed and 21.6% ($n = 75$) slightly agreed that the presence of relatives members does not influence their decision to commence CPR manoeuvres.

22.2% ($n = 77$) strongly agreed and 26.8% ($n = 93$) slightly agreed that the information they have about the patient may lead them to stop CPR.

78.1% ($n = 271$) of nurses strongly agreed and 14.1% ($n = 49$) slightly agreed that DNR patients should be identified in their clinical records.

The years of experience that a nurse had did not have any impact on the attitude items, except for the item that asked them if the presence of family members influenced their decision to commence CPR ($p = 0.04$). The percentage of nurses who agreed or strongly agreed increased with the number of years they had spent as a nurse: 42% ($n = 21/50$) with less than five years' experience and 61.5% ($n = 75/122$) with more than 20 years' experience. The type of nursing contract also affected item nine, that asked whether the presence of family members influenced their decision to start CPR manoeuvres ($p = 0.01$), with the percentage who agreed or strongly agreed being higher for permanent than temporary staff at 59.6% ($n = 109/183$) versus 46.9% ($n = 77/164$). A statistically significant relationship was also found for the age of the nurse and the item relating to the presence of family members ($p = 0.01$), with a Spearman's rho of 0.16 reflecting a higher degree of agreement in older nurses.

The degree of agreement for four items exhibited significant differences with regard to the time since the nurses attended their last CPR refresher course. These related to being sufficiently well trained to perform CPR (item 1, $p = 0.01$), understanding the action

protocol for CPR in their work area (item 2, $p < 0.01$) whether they thought CPR could be performed by either nurses or physicians (item 6, $p = 0.01$) and whether it was appropriate to start CPR if the probability of neurological sequelae was high (item 8, $p = 0.01$). The highest percentage of nurses who agreed or strongly agreed were those who had gone the longest without attending such a course (Table 7). After the Bonferroni corrections the significant differences are between less than 6 months and more than 2 years or never. With regard to the time since they had last attended a CRA, statistically significant differences were found for items 1 and 2 ($p < 0.01$) and 10 ($p = 0.02$), which asked if information they had about the patient would lead them to stop CPR. Nurses who had attended a CRA course most recently exhibited higher levels of agreement (Table 7). The significance different appear between less than 6 months and more than 2 years or never. With regard to the relationship between the mean score in the theoretical and practical sections of the questionnaire and the attitudes exhibited by the nurses in the event of a CRA, a significant association was found between the score and the degree to which they felt prepared to perform CPR (item 1) ($\rho = 0.22$; $p < 0.01$), with higher scores showing a higher degree of agreement. A similar relationship was found with understanding the CRA action protocol of their organization (item 2), with higher scores showing a higher degree of agreement ($\rho = 0.21$; $p < 0.01$). A higher degree of agreement was found between someone who was not a healthcare professional starting CPR (item 7) and a higher score in the understanding section of the questionnaire ($\rho = 0.15$; $p = 0.01$). The degree of agreement with not starting or stopping CPR manoeuvres when the probability of neurological sequelae was high (item 8) increased with a higher understanding score ($\rho = 0.15$; $p = 0.01$). The degree of agreement that the information that nurses had about the patient may lead them to stop CPR (item 10) increased with a higher understanding score ($\rho = 0.18$; $p = 0.01$).

DISCUSSION

This study shows how theoretical and practical understanding of nurses with regard to CRA directly affected the attitudes towards ethical issues that they exhibited in that context. Some studies, as developed by Källestedt (*Källestedt et al., 2012*) in Sweden, showed that CPR education influenced the general attitudes, as feelings (secure, anxious...) of healthcare professionals. However, there is gap in the scientific literature about healthcare professionals' attitudes towards ethical issues in the CPR, so we can't compare our outcomes with other authors.

In relation to the Knowledge questionnaire complexity the wide range of correct answers in Knowledge questionnaire – 10.4% to 100%—suggests that some of the questions were more difficult than others.

The registered nurses who participated in the study achieved a mean qualification of 7.1 out of 11 in the theoretical and practical knowledge section of the questionnaire on CPR. This gap shows considerable room for improvement (*Muñoz Camargo et al., 2011; Almeida et al., 2011; Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013*). Most of the professionals who participated in this study didn't feel enough prepared to perform CPR which coincide with Medina's outcomes (*Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013*).

Table 7 Slightly agree and strongly agree frequency in outcomes from the attitudes questionnaire.

Item	Slightly agree and strongly agree n (%)					p-Value
	<6 months	6–12 months	1–2 years	>2 years	Never	
Time since last CPR refresher course						
Attitude 1	10 (45.4%)	12 (36.4%)	18 (22.8%)	39 (22.4%)	5 (12.8%)	0.01 ^a
Attitude 2	14 (63.7%)	15 (45.4%)	28 (35.5%)	44 (25.3%)	7 (17.9%)	<0.01 ^b
Attitude 3	14 (63.7%)	22 (66.6%)	56 (70.9%)	104 (59.7%)	20 (51.2%)	0.05
Attitude 4	22 (100%)	32 (97%)	76 (96.2%)	161 (92.5%)	33 (84.6%)	0.14
Attitude 5	22 (100%)	30 (91%)	68 (86.1%)	155 (89.1%)	37 (94.8%)	0.79
Attitude 6	22 (100%)	28 (84.9%)	69 (87.3%)	151 (86.8%)	38 (97.4%)	0.03
Attitude 7	21 (95.5%)	30 (90.9%)	61 (77.2%)	130 (74.7%)	31 (79.5%)	0.11
Attitude 8	9 (40.9%)	14 (42.4%)	31 (39.3%)	82 (47.2%)	19 (48.7%)	0.00 ^c
Attitude 9	13 (59.1%)	16 (48.5%)	41 (51.9%)	95 (54.6%)	21 (53.8%)	0.43
Attitude 10	12 (54.6%)	12 (36.3%)	40 (50.7%)	84 (48.3%)	22 (56.4%)	0.37
Attitude 11	21 (95.5%)	33 (100%)	70 (88.6%)	161 (92.5%)	35 (89.7%)	0.29
Attitude 12	13 (59.1%)	28 (84.9%)	63 (79.7%)	130 (74.7%)	31 (79.5%)	0.62
Time since last attended a CRA						
Attitude 1	20 (48.7%)	10 (25.6%)	10 (29.4%)	34 (21.6%)	10 (13.2%)	<0.01 ^c
Attitude 2	25 (61%)	16 (41%)	16 (47%)	38 (24.2%)	13 (17.1%)	<0.01 ^d
Attitude 3	25 (61%)	21 (53.9%)	26 (76.5%)	98 (62.4%)	46 (60.5%)	0.09
Attitude 4	40 (97.5%)	36 (92.3%)	33 (97.1%)	146 (93%)	69 (90.8%)	0.26
Attitude 5	36 (87.8%)	30 (77%)	29 (85.3%)	147 (93.6%)	70 (92.1%)	0.28
Attitude 6	38 (92.7%)	32 (82%)	31 (91.1%)	140 (89.2%)	67 (88.2%)	0.61
Attitude 7	32 (78%)	25 (64.1%)	25 (73.5%)	134 (85.4%)	57 (75%)	0.13
Attitude 8	21 (51.2%)	13 (33.3%)	14 (41.1%)	80 (51%)	27 (35.6%)	0.08
Attitude 9	24 (58.5%)	18 (46.1%)	20 (58.8%)	85 (54.2%)	39 (51.3%)	0.05
Attitude 10	23 (56.1%)	25 (64.1%)	13 (38.3%)	84 (53.5%)	25 (32.9%)	0.02
Attitude 11	37 (90.2%)	34 (87.2%)	34 (100%)	149 (94.9%)	66 (86.9%)	0.12
Attitude 12	26 (63.4%)	25 (64.1%)	30 (88.2%)	124 (79%)	60 (79%)	0.41
Need for CPR training course						
Attitude 1	10 (21.2%)	46 (26%)	26 (22.6%)	2 (25%)	–	0.24
Attitude 2	17 (36.2%)	56 (31.6%)	33 (28.6%)	2 (25%)	–	0.47
Attitude 3	23 (49%)	116 (65.6%)	71 (61.8%)	6 (75%)	–	0.05
Attitude 4	41 (87.2%)	169 (95.4%)	108 (93.9%)	6 (75%)	–	0.07
Attitude 5	42 (89.4%)	159 (89.9%)	103 (89.6%)	8 (100%)	–	0.83
Attitude 6	41 (87.2%)	159 (89.8%)	100 (87%)	8 (100%)	–	0.93
Attitude 7	37 (78.8%)	137 (77.4%)	93 (80.8%)	6 (75%)	–	0.93
Attitude 8	23 (48.9%)	73 (41.2%)	56 (48.7%)	3 (37.5%)	–	0.69
Attitude 9	23 (49%)	91 (51.4%)	66 (57.4%)	6 (75%)	–	0.81
Attitude 10	25 (53.1%)	83 (46.9%)	58 (50.5%)	4 (50%)	–	0.65

(continued on next page)

Table 7 (continued)

Item	Slightly agree and strongly agree n (%)					p-Value
	<6 months	6–12 months	1–2 years	>2 years	Never	
Attitude 11	44 (93.6%)	162 (91.6%)	108 (93.9%)	6 (75%)	–	0.08
Attitude 12	38 (80.9%)	134 (75.7%)	88 (76.5%)	5 (62.5%)	–	0.09

Notes.

^aAny comparison is significant after applying Bonferroni correction (p -Value < 0.005).

^bComparison between <6 months and >2 years (p -Value = 0.001) and between <6 months and never (p -Value = 0.001) are significant after applying Bonferroni correction.

^cComparison between <6 months and >2 years (p -Value = 0.001) and between <6 months and never (p -Value < 0.0001) are significant after applying Bonferroni correction.

^dComparison between <6 months and >2 years (p -Value < 0.0001) and between <6 months and never (p -Value < 0.0001) are significant after applying Bonferroni correction.

In our study, 50% of the study nurses had not received CPR related training for more than two years, which contrasted with a study by Dal and Sarpkaya (Dal & Sarpkaya, 2013), who recommended that theoretical and skills training should be ideally be repeated every six months.

In other countries, such as the USA, health professionals need up-to-date CPR certification, namely a CPR card, to carry out clinical work (Sorets & Mateen, 2015). The USA and several European countries provide CPR instruction in secondary schools (Hansen et al., 2017; Semeraro et al., 2016). There are no legal requirements in our country and that could explain why 50% of the nurses in our study sample had not received CPR training in the last two years.

Moreover, those nurses who had undertaken a refresher course within the last year and those who had attended a CRA course within the past six months recorded higher understanding scores, which suggest that updated training is useful.

It should be stressed that the majority of nurses (93%) considered that the health institution where they worked should provide and maintain CPR training.

On the other hand, there was widespread agreement that those patients who were not candidates for starting CPR manoeuvres should be identified in their clinical records. Most of nurses participating in this study considered that it is necessary to identify DNR patients in their history records. Spanish health organisations do not currently use DNR orders, so a comprehensive document covering patients' wishes should be considered by all hospitals and primary care organisations (Monzón et al., 2010). This situation contrasts with the outcomes reported in other countries. A study developed by Mukamel et al. (2013) in the USA showed that the 40–50% of patients in a long term nursing home had a DNR order, and in Canada almost 70% of patients had DNR order (Brink, 2014).

Healthcare professionals must be concerned by the ethical issues that may surround CRA and consider the potential impact of their attitudes towards patient survival and quality of life (Hayes, 2013).

As repercussions for clinical practice we highlight that the CAEPCR questionnaire could be useful in the design of empirical mechanisms to improve and adapt both undergraduate and postgraduate training to the knowledge and attitude needs of nurses, in order to improve the quality of CPR manoeuvres. In addition, it could be useful to evaluate the attitudes of other professionals involved in CPR manoeuvres, although in the context

of our study we have only addressed nurse vision. This can be expected to improve the prognosis of patients by preventing dysthanasia in cases where the patient cannot benefit from CPR.

One limitation of the study was Cronbach's alpha for the attitudes questionnaire, which did not reach the ideal value of 0.70 (Ponterotto & Ruckdeschel, 2007; Campbell, 1976; Portney & Watkins, 1993). According to authors such as (Huh, Delorme & Reid, 2006), the reliability value in an exploratory study should be above 0.6, reaching a minimum of 0.7 in non-exploratory studies, thus reaching the necessary level of reliability, although not optimal, which will be analysed again in future studies.

Given that attitudes have not been evaluated by component and have been analysed by multiple tests (as other authors done previously), a limitation refers to the caution that must be taken in the interpretation of the results presented.

Despite these limitations, this study provides a useful tool that can be a starting point to improve clinical practice respecting the rights of patients.

Future research could include the development of a cross-cultural adaptation of the questionnaire into the English language, as this would allow for international comparisons and to assess how the different cultures can influence in this theme. It could be able to assess the effectiveness of CPR training too.

CONCLUSIONS

CAEPCR questionnaire is the first which successfully linked knowledge and skills of cardiopulmonary resuscitation to the staff's attitudes towards ethical issues.

The strength of this study is that it delves into an important gap in the scientific literature and provides a tool that allows assessing both the knowledge and the attitude towards the ethical aspects in the cardio respiratory arrest. It could be useful for identify those professional who need a refresher course, and to detect ethical issues in the clinical practice.

In addition health policies should ensure that CPR training is mandatory for healthcare workers, emphasizing ethical aspects.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank Miguel Ángel de la Cal López and Teresa Gómez-García for supporting this project.

ADDITIONAL INFORMATION AND DECLARATIONS

Funding

This work was partially funded by the OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza). There was no additional external funding received for this study. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests

The authors declare there are no competing interests.

Author Contributions

- Verónica Tiscar-González conceived and designed the experiments, performed the experiments, analyzed the data, contributed reagents/materials/analysis tools, prepared figures and/or tables, authored or reviewed drafts of the paper, approved the final draft, she developed in addition to field work and obtaining permits from the center's management and the bioethics committee.
- Joan Blanco-Blanco and Teresa Moreno-Casbas conceived and designed the experiments, analyzed the data, contributed reagents/materials/analysis tools, authored or reviewed drafts of the paper, approved the final draft.
- Montserrat Gea-Sánchez conceived and designed the experiments, contributed reagents/materials/analysis tools, authored or reviewed drafts of the paper, approved the final draft.
- Ascensión Rodríguez Molinuevo performed the experiments, approved the final draft.

Human Ethics

The following information was supplied relating to ethical approvals (i.e., approving body and any reference numbers):

Research and clinical research committee of the OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza (Spain).

Data Availability

The following information was supplied regarding data availability:

Raw data are available in [Supplemental Materials](#).

Supplemental Information

Supplemental information for this article can be found online at <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.6410#supplemental-information>.

REFERENCES

- Aerny Perreten N, Domínguez-Berjón MAF, Astray Mochales J, Esteban-Vasallo MD, Blanco Ancos LM, Lópaz Pérez MA ángeles. 2012. Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gaceta Sanitaria* 26:477–479 DOI 10.1016/j.gaceta.2011.10.016.
- Almeida AO De, Araújo IEM, Barcellos DMC, Araujo S. 2011. Conocimiento teórico de los enfermeros sobre parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(2):261–268.
- Alonso-Renedo FJ, González-Ercilla L, Iráizoz-Apezteguía I. 2014. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* 49:228–234 DOI 10.1016/j.regg.2013.11.005.
- Balcázar-Rincón LE, Mendoza-Solis LA, Ramirez-Alcántara YL. 2015. Reanimación cardiopulmonar: nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. *Revista de Especialidades MÃldico Quirúrgicas* 20:248–255.

- Brink P.** 2014. Examining do-not-resuscitate orders among newly admitted residents of long-term care facilities. *Palliat Care* **8**:1–6.
- Bueno Muñoz MJ.** 2013. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enferm Intensiva* **24**:167–174 DOI [10.1016/j.enfi.2013.04.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003).
- Campbell JP.** 1976. Psychometric theory. In: *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally, 185–222.
- Cherniack EP.** 2002. Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *Journal of Medical Ethics* **28**:303–307 DOI [10.1136/jme.28.5.303](https://doi.org/10.1136/jme.28.5.303).
- Colbert JA, Adler JN.** 2013. Family presence during cardiopulmonary resuscitation—polling results. *New England Journal of Medicine* **368**:e38 DOI [10.1056/NEJMcde1307088](https://doi.org/10.1056/NEJMcde1307088).
- Cook I, Kirkup AL, Langham LJ, Malik MA, Marlow G, Sammy I.** 2017. End of life care and do not resuscitate orders: how much does age influence decision making? A systematic review and meta-analysis. *Gerontology and Geriatric Medicine* **3**:233372141771342 DOI [10.1177/2333721417713422](https://doi.org/10.1177/2333721417713422).
- Dal U, Sarpkaya D.** 2013. Knowledge and psychomotor skills of nursing students in North Cyprus in the area of cardiopulmonary resuscitation. *Pakistan Journal of Medical Sciences* **29**:966–971.
- Enriquez D, Mastandueno R, Flichtentrei D, Szyld E.** 2017. Relatives' presence during cardiopulmonary resuscitation. *Global Heart* **12**(4):335–340 DOI [10.1016/j.gheart.2016.01.007](https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.01.007).
- Hansen CM, Zinckernagel L, Ersbøll AK, Tjørnhøj-Thomsen T, Wissenberg M, Lippert FK, Weeke P, Gislason GH, Køber L, Torp-Pedersen C, Folke F.** 2017. Cardiopulmonary resuscitation training in schools following 8 years of mandating legislation in denmark: a nationwide survey. *Journal of the American Heart Association* **6**(3):004128.
- Hayes B.** 2013. Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making. *Internal Medicine Journal* **43**:77–83 DOI [10.1111/j.1445-5994.2012.02841.x](https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2012.02841.x).
- Howell P, Tennant I, Augier R, Gordon-Strachan G, Harding-Goldson H.** 2014. Physicians' knowledge of cardiopulmonary resuscitation guidelines and current certification status at the University Hospital of the West Indies, Jamaica. *West Indian Medical Journal* **63**:739–743.
- Huh J, Delorme D, Reid L.** 2006. Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs* **40**(1):90–116 DOI [10.1111/j.1745-6606.2006.00047.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2006.00047.x).
- Källestedt MLS, Berglund A, Herlitz J, Leppert J, Enlund M.** 2012. The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* **20**:1–6 DOI [10.1186/1757-7241-20-1](https://doi.org/10.1186/1757-7241-20-1).
- Landeta J.** 2006. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technol Forecast Soc Chang* **73**:467–482 DOI [10.1016/j.techfore.2005.09.002](https://doi.org/10.1016/j.techfore.2005.09.002).
- Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L.** 2010. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 10. The ethics of resuscitation and

- end-of-life decisions. *Resuscitation* **81**:1445–1451
DOI 10.1016/j.resuscitation.2010.08.013.
- López-Messa J, Martín-Hernández H, Pérez-Vela J, Molina-Latorre R, Herrero-Ansola P. 2011. Novedades en métodos formativos en resuscitación. *Medicina Intensiva* **35**:433–441 DOI 10.1016/j.medin.2011.03.008.
- Lupiáñez villanueva F. 2008. Tesis doctoral INTERNET, SALUD Y SOCIEDAD Análisis de los usos de Internet relacionados con la Salud en Catalunya.
- Manassero Mas M, Vazquez Alonso A. 2001. Instrumentos y métodos para la evaluación de las actitudes relacionadas con la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Enseñanzas las Ciencias* **20**:15–27.
- Medina-Hernando B, Martínez-Ávila M. 2013. Conocimientos y capacitación autopercibida para la reanimación cardiopulmonar. *Metas de enfermería* **16**:12–17.
- Mokhtari Nori J, Saghafinia M, Kalantar Motamedi MH, Khademolv Hosseini SM. 2012. CPR training for nurses: how often is it necessary? *Iranian Red Crescent Medical Journal* **14**:104–107.
- Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, Martínez K, Arias JJ, López V, Gràcia RM, Rodríguez A, Masnou N. 2010. Ética de las decisiones en resuscitación cardiopulmonar. *Medicina Intensiva* **34**:534–549
DOI 10.1016/j.medin.2010.04.013.
- Moons P, Norekvål TM. 2008. European nursing organizations stand up for family presence during cardiopulmonary resuscitation: a joint position statement. *Progress in Cardiovascular Nursing* **23**:136–139 DOI 10.1111/j.1751-7117.2008.00004.x.
- Mukamel L, Mukamel DB, Ladd H, Temkin-Greener H. 2013. Stability of cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders among long-term nursing home residents. *Medical Care* **51**:666–672 DOI 10.1097/MLR.0b013e31829742b6.
- Muñoz Camargo JC, Rodríguez-Barbero Velazquez M, Muñoz Martínez M, Arévalo-Ramírez A, Ruiz-López J, Rubio-Serrano P. 2011. Conocimientos sobre Resuscitación Cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes. *Metas de enfermería* **14**:10–15.
- Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Böttiger B. 2010. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 1. Executive summary. *Resuscitation* **81**:1219–1276
DOI 10.1016/j.resuscitation.2010.08.021.
- Nyman J, Sihvonen M. 2000. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation* **47**:179–184 DOI 10.1016/S0300-9572(00)00226-4.
- Oczkowski SJW, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE. 2015. Family presence during resuscitation: a Canadian critical care society position paper. *Canadian Respiratory Journal* **22**:201–205 DOI 10.1155/2015/532721.
- Plagisou L, Tsironi M, Zyga S, Moisoglou I, Maniadakis N, Prezerakos P. 2015. Knowledge of cardiovascular resuscitation in an. *Hellenic Journal of Cardiology* **56**:149–153.
- Ponterotto J, Ruckdeschel D. 2007. An overview of coefficient Alpha and a reliability matrix for estimating adequacy of Internal Consistency coefficients with

- psychological research measures. *Perceptual and Motor Skills* **105**:997–1014 DOI 10.2466/pms.105.3.997-1014.
- Portney LG, Watkins MP. 1993.** *Foundations of clinical research: applications to practice*. Stamford: Appleton & Lange.
- Püttgen HA, Geocadin R. 2007.** Predicting neurological outcome following cardiac arrest. *Journal of the Neurological Sciences* **261**:108–117 DOI 10.1016/j.jns.2007.04.041.
- Pyl N, Menard P. 2012.** Evaluation of nurses' perceptions on providing patient decision support with cardiopulmonary resuscitation. *ISRN Nurs* **2012**:8.
- Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. 2007.** In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Medicine* **33**:237–245 DOI 10.1007/s00134-006-0326-z.
- Santana Cabrera L, Gil Hernández N, Méndez Santana A, Marrero Sosa I, Alayón Cabrera S, Martín González JC, Sánchez Palacios M. 2010.** Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva* **21**:142–149 DOI 10.1016/j.enfi.2010.06.001.
- Semeraro F, Wingen S, Schroeder DC, Ecker H, Scapigliati A, Ristagno G, Böttiger BW. 2016.** KIDS SAVE LIVES implementation in Europe: a survey through the ERC Research NET. *Resuscitation* **107**:e7–e9 DOI 10.1016/j.resuscitation.2016.08.014.
- Sorets TR, Mateen FJ. 2015.** Mandatory CPR training in US high schools. *Mayo Clinic Proceedings* **90**:710–712 DOI 10.1016/j.mayocp.2015.04.004.
- Tiscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodríguez-Molinuevo A, Gea-Sánchez M. 2018.** Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Atención Primaria* Epub ahead of print Mar 20 2018 DOI 10.1016/j.aprim.2017.12.002.
- Tiscar González V, Okeranza Landaluze G, Molinuevo Rodríguez A, Valtierra Aragón MT, Larrea Arechavaleta I. 2015.** Knowledge and attitude questionnaire of nursing facing cardiac arrest. Creation and pilot group. *NURE Investigación* **12**(77):1–20.
- Vázquez-Alonso Á, Manassero-Mas MA. 1997.** Una evaluación de las actitudes relacionadas con la ciencia. *Enseñanza las Ciencias* **15**:199–213.
- Yañez R, Cuadra R. 2008.** La Técnica Delphi Y La Investigación En Los Servicios De Salud. *Cienc y Enfermería* **14**:9–15.

8.3. Artículo III: The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation.

Revista: Este artículo se ha publicado en la revista Nursing Ethics.

Año: 2019

Motivación: Da respuesta al objetivo número cuatro. Partiendo de la hipótesis de que en nuestro contexto sociosanitario la enfermera no toma parte activa en los aspectos éticos de la PCR, se considera necesario abordar cuál es en la realidad el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los/as pacientes en nuestro contexto sociocultural.

Title: The advocacy role of nurses in cardiopulmonary Resuscitation

Authors: Tíscar-González Verónica¹, Gea-Sánchez Montserrat^{2,3,4}, Blanco-Blanco Joan^{2,3,4}, Moreno-Casbas María Teresa^{5,6}, Peter Elizabeth⁷.

¹ *Nursing Teaching Supervisor. OSI Araba (Osakidetza). Vitoria. Spain*

² *Faculty of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida. Lleida. Spain*

³ *Group for the Study of Society Health Education and Culture, GESEC. University of Lleida. Lleida. Spain.*

⁴ *Health Care Research Group, GRECS, Biomedical Research Institute of Lleida. Lleida. Spain*

⁵ *Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii). CroSaDIS-isciii. Instituto de Salud Carlos III. Madrid Spain*

⁶ *Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES). Madrid. Spain*

⁷ *Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing. University of Toronto*

Corresponding author:

Montserrat Gea-Sánchez

montse.gea@dif.udl.cat

The Advocacy Role of Nurses in Cardiopulmonary Resuscitation

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
-

Abstract

Background: The decision whether to initiate Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) may sometimes be ethically complex. While studies have addressed some of these issues, along with the role of nurses in CPR, most have not considered the importance of nurses acting as advocates for their patients with respect to CPR.

Research objective: To explore what the nurse's advocacy role is in CPR from the perspective of patients, relatives, and health professionals in the Basque Country (Spain).

Research design: An exploratory critical qualitative study was conducted from October 2015 to March 2016. Thematic analysis was used to analyse the data.

Participants: Four discussion groups were held: one with patients and relatives (N=8), two with nurses (N=7 and N=6 respectively), and one with physicians (N=5).

Ethical considerations: Approval was obtained from the Basque Country Clinical Research Ethics Committee.

Findings: Three significant themes were identified: i) Accompanying patients during end of life in a context of medical dominance ii) Maintaining the pact of silence iii) Yielding to legal uncertainty and concerns.

Discussion: The values and beliefs of the actors involved, as well as pre-established social and institutional rules reduced nurses' advocacy to that of intermediaries between the physician and the family within the hospital environment. On the contrary, in primary health care, nurses participated more actively within the interdisciplinary team.

Conclusion: This study provides key information for the improvement and empowerment for ethical nursing practice in a cardiac arrest, and provides the perspective of patients and relatives, nurses and physicians.

Key words

Feminist Ethics, Cardiopulmonary Resuscitation, Resuscitation Orders, Cardiac Arrest, nursing, Qualitative Analysis.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59

Introduction and background

In Spain, patients have the right to free and informed consent, including the right to refuse treatment, such as Cardiopulmonary Resuscitation (CPR),¹ and the right to be treated with dignity and respect at end of life.² Despite clear legislation, the decision to initiate CPR may sometimes be ethically complex^{3,4} because of the need to consider both quantity and quality of life, in a context of patient frailty and varying decision-making capacity. With some patients, chances of a successful CPR are remote, making this treatment potentially futile. Before the determination of futility can be made, however, it is necessary to weigh the benefits and burdens, taking into account individual patient value judgements⁵. In addition, sometimes family value judgements are contrary to the patient's wishes⁶ thus giving rise to ethical conflicts.

Institutional factors can also add to this ethical complexity. It has been recommended that Do Not Resuscitate (DNR) decisions be made by the responsible physician, the rest of team members, and the patient and/or relatives⁷⁻⁹ and recorded in writing, so that all professionals involved with the patient are aware of them.^{9,10} However, in clinical practice in Spain the decisions are often made unilaterally, without consulting patients and/or relatives,⁹ or nursing professionals.¹¹ Several barriers to DNR have been described such as an unfettered/staunch vitalist stances and therapeutic obstinacy.¹² The use of aggressive treatment with patients with advanced illnesses is relatively common internationally,^{10,13} including Spain¹⁴. The impossibility of participating in these decisions causes ethical moral distress for nurses¹⁵, and may lead to conflict within the healthcare team.¹⁶ Thus, a paternalistic stance is often taken in Spain, even against patients' wishes, who would

The paternalism approach supposes that physician makes the decisions that he considers best for the patient, even though the patient can decide for himself¹⁷ and sometimes it often prefer to choose quality of life over quantity by choosing to have a DNR order.¹²

The paternalism approach supposes that physician makes the decisions that he considers best for the patient, even though the patient can decide for himself¹⁷ and sometimes it to hide truth with the intention of protect them.¹⁸

To better understand the nurse's role in Spain, it is necessary to acknowledge the influence of a model of Christian morality that has existed for years, and has marked the development of the current identity and status of the profession in this sociocultural context. Technological advances in hospitals since 1950 have led to the consequent biomedical and technical primacy that still prevails today in institutional hierarchies and in the hegemony of medical power over nursing.¹⁹ In Spain, nurses must confront ethical issues that arise from medical interventions that are considered inappropriate because they threaten patient well-being and they violate patient rights to informed consent because the deontological code of Spanish nursing states that nurses must respect the patient's right to choose and control the care given.²⁰

Patient advocacy, which traditionally has been described as involving actions to protect the best interests of patients, particularly if those interests have been explicitly articulated by them, has been central in nursing ethics.^{21,22} In fact, the role of nurses has been characterized by keeping loyalty to the patient's wishes first, even when these are contrary to family members' opinions.⁶ With respect to CPR, nurses may pose a resistance to futile aggressive treatments, advocating for patient rights and dignity and respecting their wishes in situations in which they cannot do so by themselves.^{15,23} In order to be able to advocate, it is necessary to understand that each patient has their own situation, needs, and expectations related to care⁵ and patients' advocacy needs change during the illness.²⁴ Because nurses have a privileged position of closeness with the patient and their relatives,²⁵ they have knowledge about patients' wishes and values, making them ideal advocates, at least in theory. Although the main objective of the nurses is to achieve that which is good for a patient, on occasion, the context makes it difficult to realize in practice.²⁶ This context has been characterized by institutional hierarchies that limit nursing autonomy, disrespect nursing knowledge, and a lack of resources.

11 In the hospital environment, it is generally nurses who initiate CPR until the arrival of the
12 medical team, so their actions are fundamental for the patient's life^{27,28}. Moreover, they
13 often must mediate the relationships among the team, the patient, and the family,
14 requiring that nurses act as advocates. However, there is a gap in the scientific literature
15 regarding the role of the nurse in advocating for patients that captures the sociocultural
16 context of CPR practices in Spain, including how power relations and social norms can
17 be influential. A critical qualitative study is necessary, since this methodology makes it
18 possible to understand human actions in a socio-political context.^{29,30}
19 Therefore, the aim of this study was to describe nurses' advocacy role in the context of
20 CPR from the perspective of the experience of all agents involved (patients, the family,
21 nurses and physicians) in the Basque Country.
22

23 24 25 **Methodology**

26 27 **Design**

28 A critical qualitative design informed by feminist ethics was chosen, particularly the work
29 of Walker,³¹ because it permits an ethical analysis of how social roles are integral to
30 morality and how moral and social life are intertwined with power relations. Moral
31 practice is affected by social practices and moral identities inherent in social and
32 institutional roles, with the existence of power relations that result in oppressed groups.
33 The relations of hierarchical power and social segmentation are normalized in society;
34 therefore, it is necessary to understand various moral-social roles in different social
35 contexts. Thus, moral responsibilities depend on social position and are influenced by
36 gender, age, economic status, race, and other factors. Moreover, Walker, like Van den
37 Burg,³² understands morality to be a living element, a continuous interpersonal process
38 in which we participate following our own values, negotiating our responsibilities, and
39 constructing and reconstructing our moral point of view.³²
40 With respect to advocacy, Simmonds²² suggests that a feminist understanding of advocacy has
41 benefit because it is grounded in the primacy of relationships, recognizes the unique nature of each
42 person, and makes visible the political and social characteristics of healthcare settings. Simmonds
43 draws on the work of Walker³¹, by arguing that advocacy is a moral responsibility that is
44 collaborative and responsible and must be made transparent to ensure that the well-being of all
45 is considered. Reflection on moral responsibility is helpful for practitioners so they can understand
46 that morality is collaborative with multiple perspectives and positions. In particular, reflecting on
47 social norms, values and beliefs, and actions and their consequences is essential in understanding
48 the perspectives of others.³³
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

1 **Setting and Participants**

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

Participants selection was carried out through purposive sampling,³⁴ inviting patients, relatives and professionals from different organizations (Primary, Hospital and Emergency Health Care) from the Public Health System in the Basque Autonomous Community-Osakidetza (Spain). The first recruiting was carried out using the lists of professionals' names provided by health managers and lists of patients from patient associations (N=18). The principal investigator contacted these people by telephone or mail inviting them to participate in the discussion groups. In order to access further participants (mainly patients and family), snowball sampling was used (N=8), asking key participants to refer other participants.³⁵

All patients (6) were over 18 years of age, had varying amounts of formal education and were either showing signs of severe heart failure or had experienced a cardiac arrest in the past. Given the exploratory character of the study³⁵ and the fact that cardiorespiratory arrest can happen anywhere, medical professionals and nurses from hospitals, primary care and emergency services were included. Professionals were distributed in homogeneous groups of physicians and nurses, to avoid power differences within groups as much as possible, seeking intra-group heterogeneity³⁴ based on work experience and workplace.

Ethical considerations

A Favourable Report was obtained from the Basque Country Clinic Research Ethics Committee (code PI2015132). The Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research were respected.³⁶ Before the group discussions, the researchers explained the research aims and procedures to the participants. Participants gave their informed consent to take part in the study. Confidentiality of information was respected, as was the right to withdraw voluntarily from the study at any time.

Data collection

Discussion groups were held between October 2015 and March 2016: one composed of patients and relatives (N=8), two of nurses (N=7 and N=6 respectively), and one of physicians (N=5), with duration of 90 to 120 minutes. Discussion groups were used because they capture and make possible the analysis of ideological discourses that are associated with a social phenomenon within group communication.³⁷ In the Spanish and Latin American context, the development of discussion groups is more common than focus groups in qualitative research because this data collection technique allows for greater flexibility and less direction in the group's discussion.³⁷

Once informed consent was obtained and the participants were identified by pseudonyms, the principal investigator moderated the discussion groups, together with another investigator, who collected field notes. Meetings were video and audio recorded and data were transcribed and integrated with the field reports to get an global view.³⁸ Videotaping can be more effective than only recording voices³⁹ because it permits analysis of nonverbal communication.

The guidelines for discussion topics were generated through a bibliographic review and were reviewed by two experts in qualitative methodology in the research group and two external experts in CPR. As Patton suggested⁴⁰ we included experience and behaviour

1 questions, opinion and values questions, and feelings questions. Each discussion group began with
2 participants responding to the following question: What is your own experience with cardiopulmonary
arrest, CPR, and DNR? In the group of patients and family it was necessary to explain what these terms
meant.

7 The four following thematic areas were also addressed using discussion prompts: i)
8 Ethical conflicts in CPR ii) Role of the nurses in ethical issues in CPR iii) Contextual
9 factors that influence nurses' role, and iv) Participation of the patient and family in
9 decision-making. Because this was an exploratory study, the script questions were open,
10 inviting participants to express their opinions and reflections about the phenomenon of
14 study. They were asked about what they considered to be the role of the nurse in the
15 ethical issues in a cardio respiratory arrest, but not directly about the role of the nurse as
16 patient advocate.
17
18
19

20 **Data analysis**

21 Discussion groups were analyzed separately as participants were organized according to
22 whether they were nurses, physicians or patients/family. Open Code 3.6 qualitative data
23 management software⁴¹ was used to facilitate data organization and analysis coding
24 process.
25

26 Thematic analysis was used to analyze the data⁴² because of its flexibility regarding
27 theoretical orientation. Feminist ethics was used to interpret the influence of values
28 and social norms on the beliefs, responsibilities, and actions of the participants
29 along with the role of institutional hierarchies and power structures such that the analysis
30 was informed by a theoretical lens.⁴³
31
32

33 The transcripts and field notes (140 pages), which captured aspects of the participants'
34 non-verbal language contributed to understanding the transcripts, were read multiple
35 times, and the first meaning units were identified. These were given codes that were later
36 organized into different themes⁴². Theme names and definitions were discussed and agreed
37 upon by the team members and results were verified with key informants to guarantee that
38 the analysis was made respecting their ideas. Ultimately the themes were defined and the
39 manuscript was written by the team.⁴⁰
40
41
42

43 **Rigor**

44 The quality of the study was ensured by following the recommendations of Consolidated
45 Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)⁴⁴ for qualitative studies. For
46 example, reflexivity⁴⁵ was used throughout the study, establishing the positioning of the
47 researchers regarding their beliefs and previous experience. We also ensured there was
48 congruence among the purpose of the research, the theoretical assumptions and the data
49 analysis methods.⁴⁶ In order to ensure the rigor in the analysis, triangulation between three
50 different researchers was performed.⁴⁷ Member checking was also performed, returning
51 the discussion group analysis to one or two participants from each discussion group to
52 check that the analysis carried out corresponded to what they wanted to say.⁴⁷
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Findings

Three significant themes were identified which represent what participants believed are the advocacy role of nurses in relation to CPR that are a consequence of the values, actions, and existing social norms within a Spanish context. These themes are: i) Accompanying patients during end of life in a context of medical dominance ii) Maintaining the pact of silence iii) Yielding to legal uncertainty and concerns.

i) Accompanying patients during end of life in a context of medical dominance

This theme concerns the predominance of medical hegemony over nursing knowledge and values in the Spanish socio-cultural context, especially the hospital context. It represents restrictions in the capacity of nurses to be patient advocates in many situations.

Participants in this study concurred in describing medical practice as the pressing need to “save lives” because death could be considered a therapeutic failure.

Oihana, nurse FG1 explained:

The concept of helping to live, that’s all right, but helping to die..., they don’t handle it well (*physicians*).

Miguel, physician FG3, talked about how some physicians initiated CPR on patients for whom it was not indicated:

...I have colleagues that visit nursing homes for elderly people who do not get out of their beds. They see them die and they do a heart massage. They say, “Well, we saw him/her die”, and I say, “yes, you saw them die because they had to die. They have to die one day”.

Nurses believed that families, in extreme situations such as cardiac arrest, hold onto the hope and the need to feel that everything possible has been done. *Asier*, nurse FG1, commented:

Families find it hard to let go ...this is why I think they find an ally in the physician ...because they don’t let go.

Patients claimed their right of autonomy should prevail and their opinions should be respected, even against their relatives’ wishes. For example, *José*, patient FG4, claimed he had the right to decide and not be subject to futile procedures that made his suffering longer:

...I am the one suffering here, and I don’t want to continue suffering just because the family says so. I’d love them to say you’ve come this far, the sooner the better.

From the discourses of health professionals, different values in the clinical practice between physicians and nurses were discerned. Faced with the ethos of “saving lives”, nurses characterized their practice as accompanying the patient at the end of life and death and upholding the respect for patients’ rights and wishes. Nurses believed that physicians can have difficulties accepting the patient’s death, experiencing it as a therapeutic failure.

Irantzu nurse, FG1, reflected as follows:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

I think we have better internalised the concept of taking care and accompanying until the end than they (physicians) have. In the end, I think their (physicians') practice is to save, to avoid them dying on them.

This understanding concurred with that of the physicians who reflected on clinical practice and the ethical dilemmas that often arise from it:

Ane, physician FG3, commented:

...I bet nurses feel that unnecessary things are being done and patients are suffering much more frequently than the contrary; that we didn't do enough.

Nurses described a context of power within the hospital environment reflecting social norms that were characterized by the hegemony of medical knowledge and values in which nursing knowledge and values are demeaned and even obviated, resulting in a lack of participation by nurses in decision-making.

Aitor, nurse DG1, commented:

Historically our profession has been like relegated to the background. The decision has always been made by the physician. We are not usually present when these decisions are being made. It's what the doctor says. They're the ones who know, the ones who lead ...

The discourses of patients and relatives also demonstrated the invisibility of nursing knowledge at the social level. They described respect for the nursing profession and its values at all times; they mentioned characteristics such as quickness in responding, closeness and kind treatment, coordination, however, they made no explicit mention of nursing "knowledge". On the contrary, they did take into consideration the knowledge of physicians.

Jose, patient FG4, described what were the most valued qualities in nurses:

... there is a team of nurses that prepare you ... they insert the IVs ... they are so well organised ... all this while accompanying you throughout the process, they are the ones that say goodbye to you in the ICU when you're transferred back to the ward and they wish you a swift recovery. They are the people who are with you when you leave the hospital, when you go back for rehab. They're always there with a smile.

Patients and family made a clear mention of medical knowledge, since physicians are the ones who are believed to have knowledge and, therefore, have the ability to make decisions. This perception contrasts with the description of nurses, whose qualities such as sympathy and kindness were valued. However, they were not referred to as professionals with knowledge and ability to make decisions.

Jorge, patient FG4 said:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Obviously based on medical knowledge. Ultimately, the physician is the one who knows. The medical opinion also has an importance.

The social norms and values of every agent involved impact the role that nurses play in CPR in a hospital environment. As described by participating nurses, their action is reduced to mediating between the physician and the patient/family, while trying to safeguard the wishes of patients, thereby preventing them from fully advocating for patients.

Irantzu, nurse of FG1, commented how nurses try to influence decisions from their intermediary role, seeking what is “most fair” for the patient:

Very often we play the role of intermediary; you speak with the family, you try to tell them, they often ask how you see it ...they don't ask what should we do or not do ... then, on the basis of how you see the patient, you give your opinion, you try to... somehow gear...towards the way forward that you think is fairest for the patient.

However, nurses, physicians, patients and relatives, all concurred in reflecting on the uncertainty over the prognosis, which may make all of their decisions more complicated. With this in mind, the health professionals agreed on the need for joint decision-making sessions.

Ane, physician of FG3, put the example of a patient that had survived against all predictions:

Apart from the fact that we all know some patient...I am thinking of someone who was transferred to die, he's been coming to my practice for two years. Then, of course, he was a man of 52, with three young children... Really, this makes one stop and think ...

Rebeca, physician of FG3, reflected on the need for the health care team to have joint sessions, as the nurse is often the one who knows the patient's wishes.

Nurses should participate in the decision to not resuscitate; I think it's highly appropriate. On the one hand, because nurses are very close to the patients, and they know them ... and on the other hand, to avoid the sad situation where nurses have to step in because nobody knows about the order of not resuscitating.

Outside the rigid hospital structure, nurses described a different relationship of collaboration between both groups. Thus, in primary health care and emergency services, the nurse participated actively in making decisions.

Nahia, nurse FG2, commented:

In primary health, there is complicity, usually among the team, and you tell them what the situation is as you see it, maybe because you see the caregiver more often and you know when something has reached its limit. In cases where we had to make a decision regarding a primary health patient in particular, I think my team, or my physician would ask for my opinion.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

ii) Maintaining the pact of silence

This theme concerns health professionals' description of a pact of silence, in which all professionals participate in giving in to family preferences. In this way, patients would frequently not get all the information about their disease process, which would hinder their participation in decision-making. Nurses are sometimes forced to be accomplices in such pacts of silence as they themselves recognized in this study.

This theme reveals a socio-cultural context of denial of death and paternalism. Families want to protect their loved ones and health professionals are complicit in silence in some cases. If health professionals do not ask patients what they would like to know and the judgments of the family prevails, all are complicit in depriving patients of the right to make decisions. Nurses, however, have an explicit responsibility to involve patients in decision-making and should be acting on what they know about their patients from their relationships with them.

Idoia, nurse FG2:

... then there's the pact of silence, because many times we are not sincere about a diagnosis. The patient is to some extent lied to. We think that the family really do not want us to tell the patient. The patient is suspicious but doesn't say anything. We are never clear, not even nurses, with what this person wants.

Professionals admitted that the decision of DNR is made on many occasions between the physician and the family, with the family's decision prevailing in some cases, even against the patient's will.

Asier, nurse FG1, reported how once patients cannot decide for themselves, the family makes decisions that may be contrary to the patients' explicit wishes. When patients can no longer decide, the family's decision prevails:

... physician and family sometimes, I personally think what the family says is given too much importance. In certain situations, the patient... cannot have an opinion and the family start to make decisions that need to be respected, and they have nothing to do with the process that you have seen so far.

Nube, nurse FG, commented how physicians could ignore the wishes and rights of the patient if they felt pressured by the family or were avoiding possible legal consequences

... there have been times when what the patient wanted was known, but the physician, under pressure from the family, has not respected it.

José, patient FG4, commented:

They (healthcare professionals) should be a little more honest and tell the patient, this, this and that. They keep it to themselves...

The right to be informed was also sometimes hindered by the use of terminology that was incomprehensible to the patient.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Luis, patient FG4, explained how on many occasions the information received was not understandable, as it was loaded with technicalities.

...it is too technical, and ordinary people do not use this language. We don't understand anything.

By depriving patients of information they were denied the possibility of making their own decisions. Nurses did not show resistance to this situation, but rather a state of submission, accepting to be participants in the pact of silence without considering any other option to advocate for patient's rights.

Nahia, nurse FG2, told the example of a patient who was not allowed to be the "owner" of his own death. The patient, knowing his prognosis, was able to make informed decisions about his life. For example, he did not want aggressive measures. Knowing the prognosis helped the patient to make decisions and agree on an advance directive. Yet, the pact of silence between family and professionals deprived him of that right.

I remember the latest progress reports I read, in oncology they mentioned: "the patient asks me when we are left alone what his prognosis is. I inform him, and he says he does not want exceptional measures taken, when the time comes. He wants sedation initiated; he worries about his wife ..." the truth is it was a very complete record. He had the opportunity of being the owner of his death, and I think that was good for his wife, for his relatives ... The problem is when someone is not the owner of their own decisions because they are not allowed to be.

iii) Yielding to legal uncertainty and concerns

Professionals described their own unawareness of the existing regulations and concern about possible legal consequences. This situation tended to make physicians practice defensive medicine, with aggressive and even futile treatments.

Miguel, physician FG3, reflected:

Lately we have the culture of being hyper-aggressive so that the law cannot call into question what we haven't done. It is defensive medicine, and we don't pay attention to compassionate medicine.

Physicians for their part, felt that responsibility fell upon them exclusively.

Of course, nobody is going to blame her [the nurse]; they are going to blame me. This is why the role and responsibility of the nurse in advanced CPR is different.

Patients and relatives were not unaware of the difficulties involved in making decisions when a cardiac arrest occurs and the possible legal consequences.

The pressure of the physicians is to practice CPR on patients in fear of possible family complaints if the patient dies, and because society recognizes the physician as a hero if he succeeds in the CPR, but blames him if the patient dies.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Thus, Jorge, patient of FG4, reflected:

... we are talking about cases where there is an emergency... that is to say, the person dies or doesn't die. Of course, if the physician makes the decision ...if the person lives, he's a hero, and if the person dies, then we cross swords.

All professionals reported that the registering of DNR orders in medical records was not widespread practice in the Spanish context as a consequence of the concern about possible legal complaints.

Miren, nurse FG2, pointed out:

Why? Because of a legal matter, because if anything happens, that's in writing.

Ane, physician FG3:

You can also have surprises, because it is not totally clear in the records.

The lack of DNR orders and the low participation of nurses in making decisions was a source of moral distress when CPR was started on occasions on DNR patients.

Idoia, nurse of FG2, shared the experience of her first CPR in which both she and the emergency physician did not know that patient was not to be resuscitated. There wasn't a written DNR, so the physician and the nurse started a futile CPR.

...my first experience in a ward was with a patient of whom I had very little knowledge. I started to resuscitate ...I found out that the cardiac arrest team was a little upset because that was a DNR patient, but if there's no written record of that ... we spent all night looking after that patient. In the morning he had a cardiac arrest, and, well, the neurologist and I knew nothing ...

Both professional groups described the need for DNR orders to be properly recorded in the patient's medical record, as their absence might involve important ethical consequences.

Rebeca, physician FG3, commented:

I find it terrible that a hospital carries out CPR on people who should not be resuscitated ...we should start there, with the culture of DNR orders.

On the other hand, health professionals explained how DNR are more common in specific services.

Javi, physician FG3, explained that some specialties, such as oncology, are now more aware of DNR orders and provide comfort at the end of life avoiding aggressive and futile measures:

Patients, and oncologists, at least the new generations of professionals assisting them, have it very clear.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Discussion

This study showed a context of hegemony of medical knowledge and values over nursing knowledge in the practice of CPR, especially in the hospital environment.⁴⁸ The advocacy role of the nurse in CPR in the Spanish social context is reduced to that of an intermediary between the patients, their families and the physicians or is simply non-existent. Our findings indicate that the assumed moral responsibility of physicians was that of saving lives, while that of nurses was that of a patient advocate, but in a limited fashion as an intermediary. The family sometimes wanted to save their loved one at all costs even against patient's wishes which too is a reflection of their sense of responsibility for their loved ones.

In this way, the values and beliefs as well as the pre-established social norms, define the role of nurses associated with of cardiac arrest and CPR orders in Spain. The hospital environment is characterized by having an institutionalized culture, in which the medical hegemony might even antagonize the action of nursing care.⁴⁸ There is an unequal distribution of power, in which nurses' knowledge is demeaned.^{33,49} Similarly, Peter, Mohammed, and Simmonds⁵⁰ highlighted the existence of the "privilege" of biomedical knowledge that prevails even in those situations in which treatment is futile, generating ethical conflicts in nurses. As reflected by the analysis of the professional discourses, the role of the nurse in making decisions is limited to that of a mediator between the physician and the patient/family.^{11,19} According to Nyholm,⁵¹ when excluded from decision making in the patient's treatment and care, nurses' dignity is under threat. Nurses are generally aware of the explicit wishes of patients,⁵² making one of their fundamental roles to safeguard the patients' well-being and rights and act as an advocate.

As in the study developed by Sohi, Champagne and Shidler,⁵³ participant nurses believed the role they play was underestimated compared with the role of the physician. Nurses' invisibility in making decisions is a cause for moral distress, when on occasions they feel that CPR is initiated on patients when not indicated⁵⁴ because it is difficult for nurses to be at the patient's side and not a part of the decision-making.¹⁵ Solomon⁵⁵ discovered that in the USA, most nurses in critical care and oncology felt that CPR was given to children who should not have been saved,⁵⁵ while in Jimenez-Herrera and colleagues'⁵⁶ study in Spain, participant nurses affirmed that on many occasions CPR was started with no regard for ethical consideration. These studies, like ours, function as a form of what Walker (1998) has termed 'transparency testing' because they reveal that the division of moral responsibilities is not fostering the well-being of all involved. Patients' voices are not adequately acted on, nurses' roles are thwarted, and physicians are bearing a heavy load of responsibility in isolation.

The results of this study also have demonstrated that medical practice remains anchored in paternalism in Spain, sustained by the biomedical model, described by most participants as a pressing need to save lives consistent with the study developed by Peter and colleagues.⁵⁰ Thus, on occasions, the current medical practice could cross the fine line that separates promoting the well-being of patients from therapeutic obstinacy. Under the yoke of ethical responsibilities, and above all legal pressure that society and health professionals themselves place upon their shoulders within a hierarchical system such as the hospital, power and knowledge are assumed as being primarily medical. Not surprisingly, Van Den Burg³² described hospitals as "palaces of compulsive healing". The

1
2
3 practice of healing is rooted in modern medicine as a result of a practices, which reduce
4 human existence to biological existence, hindering holistic care.⁵⁷ In this sense,
5 Liaschenko¹⁵ explains how even patients would have difficulties in rejecting treatment
6 and that the nurses' role is that of resistance towards this practice of life at any costs,
7 enacting a fundamental aspect of advocacy.
8
9

15 Yet, in our study, professionals described the existence of a "pact of silence" among
16 professionals and family, in which information is hidden from patients, hence
17 preventing them from making their own decisions. They also describe how on
18 occasions the decisions made by the family do not correspond with the wishes expressed
19 by the patients before losing their capacity to decide. As Hold⁶ explained, the needs of
20 patients are disregarded by the wishes of the family when they cannot express their own
21 will. Our findings are similar to those of other studies carried out in Spain^{56,58} and in the
22 UK where Fallowfield⁵⁹ concluded that physicians tend to underestimate the need for
23 information for palliative patients. In contrast to the results presented by Nyholm⁵¹ in
24 Finland, in which nurses stressed the importance of honest communication with patients
22 to safeguard their dignity, in our situation nurses were accomplices in the pact of silence
23 and really did not fully express their potential role as patient advocates.
24

25 As a consequence of all the above, and in the face of uncertainty and fear of possible
26 lawsuits, DNR orders are not a widespread practice in Spain. For example, in long-term care, the
27 registration of DNR is not a habitual practice,⁶⁰ except for specific services.

24 The decision in a hospital is usually made by the physician.⁵⁶ It is estimated that 90%
25 of cases in Spain the decision is exclusively medical, with the relatives being
26 informed later.¹¹ Some of the reasons are the burden of responsibility of this
27 decision, the fear of possible ethical-legal consequences, and the lack of knowledge
28 about legislation that predetermine a defensive medicine.
34
35

36 **Implications**

37 As this study showed, the joint sessions with different team members,⁶¹ together with the
38 patient and the family would allow the facilitation of person-centred care. As Lindemann
39 ³³ explains, moral deliberation aims at making sense of the complex interactions and
40 solving problem. It is necessary to find new ways of knowing how to benefit the patient
41 while taking into account their specific situation and needs.³³ The need for further training
42 of health professionals in ethical-legal subjects is made evident,^{54,62} as is providing
43 patients with the correct information to assist them in actively participating in making
44 decisions,⁶³ thus respecting their values and wishes. Making the moral responsibilities of
45 all visible and engaging in dialogue could be a first step in this regard.
46
47

48 One of the main consequences of constraining nurses is the deprivation to patients of the
49 benefit of their knowledge and experience.¹⁹ Therefore, nurses need to be aware of the
50 importance of their role in decision making and advocacy based on ethics of care⁶⁴ and it
51 is essential to empower them through training and critical thinking.²⁶
52

53 Physicians shoulder the weight of the ethical, but most of all, the legal responsibility of
54 the DNR decision, which together with the uncertainty of the patient's prognosis and the
55 pressure from relatives, sometimes leads to practicing defensive medicine.⁶⁵
56
57

58 As the main implication of this study, it is necessary to include, when it is possible, the
59 patient in making decisions about CPR. Ideally, the patient, family, and members of the
60

1 interdisciplinary team (primarily physicians and nurses) should participate in this
2 discussion. Some studies suggest that nurses would be the most appropriate professionals
3 to discuss with the patient his or her preferences about CPR, given their closeness to
4 patients.^{63,65}

5
6 Thus, the development of health protocols and policies that encourage joint sessions with
7 patients, relatives and the interdisciplinary team would be advisable. This study provides
8 key information for the improvement and empowerment of nursing ethical practice with
9 the aim of ensuring that the rights and wishes of patients are respected and includes the
10 perspective of patients and relatives, nurses and physicians.

11 12 13 14 **Limitations**

15 Given the unique location of this research it is not possible to generalize these findings to
16 other places.⁶⁶ Nevertheless, the perspectives of these participants can help us to
17 understand how the meaning of the nursing role is constructed based on the social values
18 and norms of all the persons involved in a cardiac arrest within this Spanish setting.

19
20 Yet, given the exploratory nature of the study³⁵ and considering that cardiorespiratory
21 arrest can happen in any context, professionals from different services and care settings
22 were included. It would be desirable to conduct future studies including only intensive
23 care and emergency professionals because they have a deeper knowledge of the
24 phenomenon under study. It may also be of interest to study in greater depth the
25 differences in power existing in the different areas of care and how it influences the
26 nurse's role.

27 28 29 30 31 32 **Conclusions**

33 Within Spain, nurses are made invisible in ethical decision-making involving cardiac
34 arrests and CPR. Although the perspective that nurses are the people who are aware of
35 the explicit wishes of patients is key within the interdisciplinary team to safeguard
36 patients' well-being, in the majority of cases, their role is limited to that of intermediaries
37 between the physician and the family, without playing an active role in decision-making
38 and fully engaging in advocacy. In the case of patients, they are still relegated to the side-
39 lines. Information is deliberately hidden from patients, a pact of silence in which all the
40 health professionals and the family are paternalistic accomplices in the quest to protect
41 them and spare them from suffering. When patients' conditions prevent them from
42 expressing their will, the nurse's role as knowledgeable about the patients' wishes may be
43 fundamental to safeguarding their rights. It is necessary for nurses to take an active role
44 in decision-making and advocacy as a member of the interdisciplinary team, in order to
45 safeguard the patients' rights.

46 47 48 49 50 51 **Conflicts of interest**

52 The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research,
53 authorship, and/or publication of this article.

References

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm 274 de 15 de noviembre de 2002.
2. Ley 11/2016, de 8 de Julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. Boletín Oficial del Estado, núm. 175 de 21 de julio de 2016..
3. Brims FJH, Kilminster S, Thomas LM. Resuscitation decisions among hospital physicians and intensivists. *Clin Med*; 9: 16–20.
4. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*; 26:304–311.
5. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, et al. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci*; 20: 282–292.
6. Hold JL. A good death. *Nurs Ethics*; 24: 9–19.
7. Luce JM, White DB. A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin*; 25: 221–237.
8. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*; 34: 534–549.
9. Solís-García del Pozo J, Gómez-Pérez I. La aplicación de las órdenes de no reanimación y la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados en Medicina Interna en un hospital comarcal. *Rev Calid Asist*; 28: 50–55.
10. Campbell R. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation decisions: joint guidance. *J R Coll Physicians Edinb*; 47: 47–51.
11. Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*; 24: 167–174.
12. Herrerros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clínica Española*; 212: 134–140.
13. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner R, et al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Heal Care*; 28: 456–469.
14. Alonso-Renedo FJ, González-Ercilla L, Iráizoz-Apezteguía I. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 49: 228–234.
15. Liaschenko J. The moral geography of home care. *Advances in Nursing Science*; 17: 16–26.
16. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*; 33: 707–715.
17. Murgic L, Hébert PC, Sovic S, et al. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics*; 16: 65.
18. Rejnö Å, Silfverberg G, Ternstedt B-M. Reasoning about truth-telling in end-of-life care of patients with acute stroke. *Nurs Ethics*; 24: 100–110.
19. Miró-Bonet M, Bover-Bover A, Moreno-Mulet C, et al. Genealogy as a critical toolbox: Deconstructing the professional identity of nurses. *J Adv Nurs*; 70: 768–776.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

20. Consejo General de Enfermería. Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio. 1989.
21. Grace PJ. Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nurs Philos*; 2: 151–162.
22. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. *Nurs Ethics*; 15: 360–370.
23. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract*; 8: 143–151.
24. Vaartio-Rajalin H, Leino-Kilpi H. Nurses as Patient Advocates in Oncology Care. *Clin J Oncol Nurs*; 15: 526–532.
25. Chadwick R, Gallagher A. *Ethics and nursing practice*. London: Palgrave, 2016.
26. De Casterlé BD, Izumi S, Godfrey NS, et al. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *J Adv Nurs*; 63: 540–549.
27. Gombotz H, Weh B, Mitterndorfer W, et al. In-hospital cardiac resuscitation outside the ICU by nursing staff equipped with automated external defibrillators—The first 500 cases. *Resuscitation*; 70: 416–422.
28. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation*; 47: 179–184.
29. Schwandt TA. *The Sage dictionary of qualitative inquiry*. Los Angeles: SAGE, 2001.
30. Carspecken P. *Critical ethnography in educational research: A theoretical and practical guide*. Florence: Taylor and Francis, 2013.
31. Walker M. *Moral understandings: a feminist study in ethics*. New York: Oxford University Press, 2007.
32. Van Den Burg J. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978.
33. Lindemann H, Verkerk M, Urban Walker M. *Naturalized bioethics: Toward responsible knowing and practice*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2009.
34. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, et al. Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Med Res Methodol*; 9: 52.
35. Merriam SB. *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
36. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ*; 79: 373–374.
37. Ibáñez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI, 2003.
38. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*; 76: 423–436.
39. Berg BL, Lune H. *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Pearson, 2017.
40. Patton M. *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2015.
41. ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health. OpenCode 3.6.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

42. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*; 3: 77–101.
43. Schneider GW, Snell L. C.A.R.E.: an approach for teaching ethics in medicine. *Soc Sci Med*; 51: 1563–1567.
44. Allison T, Peter S, Jonathan C. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*; 19: 349.
45. Haynes K. Reflexivity in Qualitative Research. In: *Qualitative Organizational Research: Core Methods and Current Challenges*. London: SAGE Publications, 2012, pp. 72–89.
46. Angen MJ. Evaluating interpretive inquiry: Reviewing the validity debate and opening the dialogue. *Qual Health Res*; 10: 378–395.
47. Carlson J. Avoiding traps in member checking. *Qual Rep*; 15: 1102–1113.
48. Parsons T. *El sistema social*. Madrid: Alianza, 1999.
49. Pinch W, Haddad AM, American Nurses Association. *Nursing and health care ethics: A legacy and a vision*. Silver Spring: American Nurses Association, 2008.
50. Peter E, Mohammed S, Simmonds A. Narratives of aggressive care. *Nurs Ethics*; 21: 461–472.
51. Nyholm L, Koskinen CAL. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nurs Ethics*; 24: 408–418.
52. Urban CDA, Hoepers R, Silva IM DA, et al. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Rev Assoc Med Bras*; 47: 244–248.
53. Sohi J, Champagne M, Shidler S. Improving health care professionals' collaboration to facilitate patient participation in decisions regarding life-prolonging care: An action research project. *J Interprof Care*; 29: 409–414.
54. Saevareid TJ, Balandin S. Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *J Adv Nurs*; 67: 1739–1748.
55. Solomon MZ. New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. *Pediatrics*; 116: 872–883.
56. Jiménez-Herrera MF, Axelsson C. Some ethical conflicts in emergency care. *Nurs Ethics*; 22: 548–560.
57. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*; 20: 499–503.
58. Cejudo López Á, López López B, Duarte Rodríguez M, et al. El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*; 25: 124–132.
59. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*; 16: 297–303.
60. Duplan KL, Pirret AM. Documentation of cardiopulmonary resuscitation decisions in a New Zealand hospital: A prospective observational study. *Intensive Crit Care Nurs*; 37: 75–81.
61. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*; 167: 1310–1315.
62. Santana Cabrera L, Gil Hernández N, Méndez Santana A, et al. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

- del tratamiento. *Enfermería Intensiva*; 21: 142–149.
63. Pyl N, Menard P. Evaluation of nurses' perceptions on providing patient decision support with cardiopulmonary resuscitation. *ISRN Nurs*; 2012: 1–8.
64. Murillo Pérez MA, López López C, Torrente Vela S, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería Intensiva*; 25: 137–145.
65. Karine Gravel, France Legare, Ian Graham. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*; 1: 1–16.
66. Castillo E, Vásquez ML. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*; 34: 164–167.

8.4. Artículo IV: Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco.

Revista: Este artículo se encuentra publicado en Open Access en la revista Atención Primaria.

Año: 2018

Motivación: Da respuesta al objetivo número cuatro. Dado el vacío existente en la literatura científica de estudios primarios que aborden la presencia de familiares durante la RCP en nuestro país, se considera necesario incluir la perspectiva de todas las personas participantes en una PCR.



ORIGINAL

Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco



Verónica Tiscar-González^{a,*}, Denise Gastaldo^b, María Teresa Moreno-Casbas^{c,d}, Elizabeth Peter^{b,e}, Ascensión Rodríguez-Molinuevo^a y Montserrat Gea-Sánchez^{d,f,g}

^a Unidad de Docencia e Investigación de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), Bilbao, Vizcaya, España

^b Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Canadá

^c Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red en Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Madrid, España

^e Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Toronto, Canadá

^f Grup d'Estudis sobre Societat, Salut, Educació i Cultura (GESEC), Facultat de Enfermeria y Fisioteràpia, Universitat de Lleida, Lleida, España

^g Grup de Recerca en Cures de la Salut (GRECS), Instituto de Investigación Biomédica de Lleida, Lleida, España

Recibido el 10 de mayo de 2017; aceptado el 31 de diciembre de 2017

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Reanimación cardiopulmonar;
Investigación cualitativa;
Familia;
Bioética

Resumen

Objetivo: Explorar la percepción acerca de la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes adultos, de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos.

Diseño: Se desarrolló un estudio cualitativo exploratorio y un análisis temático.

Emplazamiento: Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Servicio de Emergencias del Servicio Vasco de Salud.

Participantes: La selección de los participantes se realizó a través de muestreo intencional. Se desarrollaron 4 grupos de discusión: uno de pacientes y familiares, 2 de enfermeras y uno de médicos.

Método: Se realizó un análisis temático. Se utilizaron técnicas de triangulación entre investigadores e investigador-informante. Se utilizó el programa informático Open Code 4.1.

Resultados: Se identificaron 3 categorías significativas: impacto de la actuación en la familia; peso de la responsabilidad ética y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronica.tiscargonzalez@osakidetza.eus (V. Tiscar-González).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>

0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: La RCP es un constructo social influido por los valores de los contextos socioculturales específicos. En este estudio, los pacientes y familiares describieron temor y resistencia a presenciar la RCP. Por su parte, los profesionales sanitarios consideran que su decisión reviste complejidad, siendo necesario valorar cada caso de forma independiente e integrando a pacientes y familiares en la toma de decisiones. Como líneas de investigación futuras sería recomendable profundizar sobre la experiencia subjetiva de familiares que hayan presenciado la RCP y el impacto de los elementos contextuales y socioculturales en sus percepciones.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Cardiopulmonary resuscitation;
Qualitative research;
Family;
Bioethics

Presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation: Perspectives of health professionals, patients and family in the Basque Country

Abstract

Objective: To determine the perception of nurses, doctors, patients and family or relatives being present during cardiopulmonary resuscitation (CPR) in adult patients.

Design: A qualitative exploratory study and thematic analysis were developed.

Site: Primary Care, Hospital Care and Emergency Service of the Basque Health Service.

Participants: The selection of the participants was made through intentional sampling. Four focus groups were developed: one of patients and family, 2 of nurses, and one of physicians.

Method: Thematic analysis was performed. Triangulation techniques were used between investigators and investigator-participant member. The Open code 4.1 statistics software was used.

Results: Three significant categories were identified: the impact on the family; the weight of ethical and legal responsibility; power, place of death, and cultural assumptions.

Conclusions: CPR is a social construct influenced by values which are situated in specific socio-cultural contexts. In this study, patients and family members describe the fear and resistance to being present during CPR. Health professionals consider that their decision is complex, and each case must be assessed independently, and patients and relatives must be integrated into decision-making. Future research should explore in greater depth the subjective experience of relatives who have witnessed CPR and the impact of contextual and sociocultural elements from the perspectives of relatives.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Organizaciones internacionales, como el Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar¹, manifiestan el derecho de la familia a estar presente durante las maniobras de RCP y enfatizan la toma de decisiones conjunta entre personal de salud y familiares, sin que estos últimos ejerzan ningún tipo de presión sobre las decisiones^{2,3}. Sin embargo, investigaciones desarrolladas en diversos países reflejan que los profesionales presentan cierto escepticismo a su puesta en práctica^{4,5} y que no se trata de una técnica extendida⁶. El Consejo Europeo de Reanimación alertaba en el año 2015 de que en menos de la mitad de los países europeos se permite habitualmente a los familiares estar presentes durante la reanimación cardiopulmonar (RCP)⁷.

En el País Vasco, la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, refuerza el valor de la autonomía personal y resalta el derecho del paciente a recibir información clínica y a la toma de decisiones que se recogen en el documento de «voluntades anticipadas», que debe ser respetado por los profesionales⁸. Sin embargo, no existe una normativa clara sobre la RCP presenciada en nuestro país.

Los escasos estudios que abordan dicha temática se centran sobre todo en el paciente pediátrico, tratando la RCP dentro de otros procedimientos invasivos, y es motivo de controversia entre los profesionales de la salud^{5,9}. En el paciente adulto, un estudio observacional consideraba que se debería facilitar la presencia de familiares durante la RCP en el domicilio¹⁰.

Dada su trascendencia desde el punto de vista bioético y legal, y ante la escasez de investigación sobre la temática en nuestro contexto, el objetivo de este estudio es explorar la percepción de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos, acerca de la presencia de familiares durante la RCP en pacientes adultos.

Participantes y métodos

Diseño

Se desarrolló un estudio cualitativo exploratorio.

Muestra, participantes y contexto

La selección de los participantes se realizó a través de muestreo intencional¹¹, invitando a participar a pacientes, familiares y profesionales de distintas organizaciones (Atención Primaria, Extrahospitalaria y Hospitalaria) de las 3 provincias del Sistema de Salud Público de la Comunidad Autónoma Vasca (Osakidetza).

El primer mecanismo de captación fue a través de listados facilitados por gestores sanitarios y asociaciones de pacientes, y también con la técnica en bola de nieve ante la dificultad de captar pacientes y familiares para la organización del grupo de discusión¹². Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diferentes niveles de estudios y que tuviesen antecedentes de insuficiencia cardiaca grave y/o supervivientes a una parada y familiares de pacientes que cumplieran dichas condiciones. Los profesionales se distribuyeron en grupos homogéneos de médicos y enfermeras, buscando la heterogeneidad intragrupo¹¹ con base en la experiencia laboral, el género y el ámbito asistencial.

Se desarrollaron 4 grupos de discusión: uno de pacientes y familiares, 2 de enfermeras y otro de médicos, hasta alcanzar la saturación de las principales categorías analíticas. Las características de la muestra se describen en la [tabla 1](#). El guión de temas a tratar fue generado mediante revisión bibliográfica contrastada por 2 expertos en metodología cualitativa del grupo de investigación y 2 expertos en RCP externos, y se expone en la [tabla 2](#).

Se obtuvo el informe favorable del CEIC Euskadi con código PI2015132. Los grupos de discusión se desarrollaron entre octubre de 2015 y marzo de 2016. Se grabaron, registraron y transcribieron previo consentimiento informado escrito de los participantes. Durante la grabación fueron identificados bajo pseudónimo, destruyendo las grabaciones tras su transcripción literal. Se estableció entre los participantes el compromiso de confidencialidad y voluntariedad de participación.

Los informes de campo elaborados se integraron a las transcripciones para obtener una «visión de conjunto»¹³. La reflexividad se utilizó a lo largo del estudio. Los investigadores examinaron sus propios valores sobre la temática para asegurarse de que presentaban auténticamente las percepciones de los participantes.

Análisis

Se realizó el análisis temático de las transcripciones y notas de campo, identificándose unidades de significado y asignando códigos que se agruparon en categorías¹⁴. Se utilizó el software Open Code 4.1. Se realizó triangulación entre investigadores (2 investigadores leyeron y analizaron las transcripciones y las categorías finales fueron consensuadas entre todo el equipo) y una verificación investigador-informante para garantizar que el análisis realizado respetaba sus ideas.

Resultados y discusión

Se identificaron 3 categorías significativas: impacto de la actuación en la familia; peso de la responsabilidad ética

y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.

Impacto de la actuación en la familia

Los pacientes y familiares consideran que presenciar las maniobras de reanimación podría aumentar el sufrimiento de los familiares, a pesar de que la mayoría de ellos nunca hayan observado una RCP como familiar.

María, familiar GD4, compartía su experiencia cuando su madre sufrió una parada y fue la primera interviniente hasta llegar los servicios de emergencias.

«Es mejor que la familia no esté, y lo que pasó a mi madre, cada vez que oía el desfibrilador en su casa, era ponerme de los nervios, era llorar».

Los profesionales sanitarios manifestaron sentimientos encontrados. Por un lado, mostraron preocupación por la posibilidad de que los familiares puedan ver procedimientos invasivos que causen más trauma psicológico, lo que coincide con los hallazgos de otros autores¹⁵⁻¹⁷.

«La última parada que he tenido, ha habido que abrir al paciente [...]» (Nagore, enfermera GD1).

Por otro lado, Nahia, enfermera del GD2, relataba una RCP que realizó en el centro de salud en presencia del hijo del paciente.

«Vino la UTE, y ya no pudimos hacer nada [...] él había visto que habíamos hecho todo lo posible por su padre».

Los profesionales consideran que observar cómo se realizan los esfuerzos necesarios por mantener con vida a su ser querido podría ser beneficioso para los familiares, lo que concuerda con lo reportado en investigaciones previas, en las que los familiares tuvieron una mejor aceptación del duelo¹⁷.

«Lo que sí creo es que a la persona se le tendría que acompañar, tener ahí un pequeño apoyo psicológico para ese primer momento de tanta tensión» (Jorge, paciente GD4).

Todos los participantes coincidieron en la necesidad de que un profesional acompañe a los familiares durante las maniobras, explicándoles el proceso y apoyándolos^{15,18-21}, con el fin de evitar sentimientos de confusión que podrían hacer de la presencia de las maniobras una vivencia traumática^{17,22} ([tabla 3](#)).

Peso de la responsabilidad ética y legal

Existe miedo de los profesionales a que la familia considere que la muerte del paciente es consecuencia de una mala actuación.

«Puede quedarse la familia con la sensación de que no se ha hecho suficiente, que se ha perdido el tiempo, no ha habido coordinación, que se ha muerto por tu culpa» (Nagore, enfermera GD1).

Algunas enfermeras expresaron miedo a que se malinterpretan las acciones o palabras de los profesionales²³, o que

Tabla 1 Características sociodemográficas de las personas participantes en los grupos de discusión

Grupos de discusión	Número de participantes	Rango de edad	Tipo de contrato	Nivel de estudios	Género	Servicio
GD1- Enfermeros	7	31-50	5 fijos 2 eventuales	7 diplomados-grado Enfermería 1 licenciada en Antropología 1 licenciada en Psicología 2 máster	5 mujeres 2 hombres	1 docencia e investigación 1 gestión y amplia experiencia en Unidad de Cardiología 1 AP 1 retén AH 1 Medicina Interna 1 consultas externas Comisión de Bioética 1 Unidad Coronaria 1 AP y amplia experiencia en críticos 1 liberación sindical y experiencia en AH y AP 2 Servicio Cardiología AH 1 experiencia extrahospitalaria (UTE) 1 Medicina Digestiva
GD2- Enfermeros	6	28-48	5 fijos 1 eventual	3 máster 6 diplomados-grado	5 mujeres 1 hombre	1 AP. Punto de Atención Continuada y experiencia en UTE y Servicio de Urgencias 1 AP 1 AP y docencia 1 Cardiología AH 1 anestesista, Comisión de Bioética
GD3-Médicos	5	48-58	5 fijos	5 licenciados en Medicina 5 máster	3 hombres 2 mujeres	1 AP. Punto de Atención Continuada y experiencia en UTE y Servicio de Urgencias 1 AP 1 AP y docencia 1 Cardiología AH 1 anestesista, Comisión de Bioética
GD 4-Pacientes/ familiares	8 (2 familiares y 6 pacientes)	42-77		<i>Profesión</i> 1 licenciado Derecho Económico 1 estudios básicos 1 maestro taller 1 ama de casa 1 administrativo 1 auxiliar Enfermería 1 cocinero 1 taxista	6 hombres 2 mujeres	

consideren que ha existido una mala actuación del equipo, lo que denota inseguridad en la realización de las maniobras¹⁵.

Los profesionales generalmente no se plantean la posibilidad de una RCP presenciada. Irantxu, enfermera GD1, reflexionaba sobre una «situación ideal»:

«En una situación de control absoluto de técnica, de preparación, y si el familiar quiere... creo que por sistema no, plantearse por sistema tampoco».

Sentir que se tiene el «control de la situación» es un elemento necesario para valorar la posibilidad de la RCP presenciada. Consideran que la formación, la confianza en las habilidades y los conocimientos de los propios profesionales, así como la coordinación del equipo son aspectos necesarios para favorecer su práctica¹⁵.

Otro aspecto destacado tanto por algunas enfermeras como por los propios pacientes es el hecho de que los familiares pudieran interferir en las maniobras.

Tabla 2 Temas a tratar en los grupos de discusión

Experiencias pasadas de los profesionales/familiares/pacientes en relación con el fenómeno a estudio
Percepciones subjetivas de los pacientes/familiares/profesionales acerca de la presencia de familiares durante la RCP
Posibles beneficios y perjuicios que presenta la RCP presenciada para los familiares
Posibles beneficios y perjuicios que presenta la RCP presenciada para los profesionales
-Factores que pueden influir en el desarrollo de una RCP presenciada

«Creo que es mejor que dejen hacer, podrían entorpecer lo único». (Eduardo, paciente GD4).

Diversos estudios coinciden en el miedo de los profesionales a que la presencia de familiares dificulte el desarrollo de las maniobras^{5,24}. Sin embargo, Igone, enfermera GD2, comentaba:

«Con la experiencia que tengo, en los domicilios no se les ha echado, ellos se han ido para atrás».

Los profesionales con experiencia previa en RCP presenciada consideraban que son los propios familiares quienes abandonan voluntariamente la escena, tal y como aportaban profesionales del Servicio de Emergencias participantes

en un estudio observacional en el País Vasco¹⁰. La mayoría reconocieron que la presencia de familiares aumenta la presión del equipo en el caso de pacientes no reanimables, llegando a simular las maniobras («slow code»).

Ane, médico del GD3, comentaba:

«Muchas veces entras y haces el *paripé* (teatro), porque según lo ves, ves la historia, y dices, este va a *cascar* (morir)».

En la literatura existen ejemplos de como la RCP presenciada influye en las decisiones de los profesionales. En el estudio desarrollado por De la Flor Magdaleno et al., el 54% de los médicos de emergencias reconocían que resulta más complejo suspender las maniobras de RCP cuando la familia está presente¹⁰, algo reportado también por estudios realizados en el ámbito internacional²⁵. Contrasta con estudios como el desarrollado en Canadá por McClement et al., que consideraba que la presencia de familiares facilitaba la aceptación de la interrupción de las maniobras¹⁵.

Por otro lado, Nahia, enfermera GD2, reflexionaba acerca de la dificultad de explicar a los familiares que no se van a iniciar las maniobras:

«Me imagino el que tiene constancia de que no es reanimable, porque está marcado en la historia, te sentirías como que le tienes que explicar ‘no voy a reanimar porque...’ tendrías como que justificar que no has hecho algo que la gente espera que tú hagas».

La realización del «slow code» en pacientes no reanimables deja al descubierto la falta de habilidades de

Tabla 3 Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: Impacto de la actuación en la familia

Pacientes y familiares consideran que presenciar las maniobras puede ahondar en el sufrimiento de la familia	«El espectador, el espectador por desconocimiento, yo, por la cara que tenía mi pobre mujer cuando le avisé, claro tú vas con miedo, no transmites la seguridad habitual, entonces, pues la pobre mujer estaba perdida». Jorge, paciente GD4
Los profesionales sanitarios consideran que ver que se «ha hecho todo lo posible» puede ser positivo para la familia	«Dicen que si las personas están presentes, pues que si ese familiar se muere que luego llevan mejor el duelo». Rebeca, médico GD3
Necesidad de un profesional que acompañe y apoye a los familiares	«Sí que es verdad que en nuestro caso pasa que a lo mejor han pasado dos horas y no ha salido nadie a decir a la familia qué se le está haciendo, o qué está pasando, y la familia, en esos momentos la angustia tiene que ser terrible». Nube, enfermera GD1 «Igual pues otra persona del equipo que no entra en lo que sería controlar la situación, igual me vale más que esté con ese familiar dando un apoyo emocional, ya verás, tal, están haciendo todo [...] es que el paciente tiene un entorno también, que tenemos que cuidar, bueno, yo es mi paradigma, entonces pues también se quedan un poco desangelados, y más si está solo una persona». Miren, enfermera GD2 «Sí, el no dejarte tirada a la otra persona, que fuera le pueda atender otra persona, una enfermera, o un personal sanitario que le apoye, que le ayude, le pregunte, le atienda, la acompañe un poco». Eduardo, paciente GD4

Tabla 4 Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: Peso de la responsabilidad ética y legal

Miedo a que la familia piense que el desenlace ha sido consecuencia de una mala actuación del equipo	«Creo que muchas veces lo que queremos es que no nos vean lo mal que lo hacemos, porque si yo tengo seguridad en lo que hago [...]». Aitor, enfermero GD2 «Una simple frase que digas se les queda grabado para todo la vida [...] me dice 'viene el médico', y digo 'qué va, si estaba cenando'. Solo con eso, 'cómo que el médico estaba cenando', y se ha muerto, después de que has hecho todo, solo se quedan con la frase de que el médico estaba cenando. Yo, puerta cerrada. Información, sí, pero puerta cerrada». Nagore, enfermera GD1
Miedo a que los familiares interrumpen las maniobras	«También podría interrumpir mucho». Nagore, enfermera GD1
Necesidad de una situación ideal y de control para plantearse la opción de la RCP presenciada	«A mí, como enfermera si el equipo funciona bien, a mí no me molestaría que estuviese un familiar [...]». Miren, enfermera GD2 «De todas maneras yo creo que tiene que haber un rodaje sobre unas RCP mejor controladas, como mejor coordinadas... Porque, imagínate que están reanimando a un familiar tuyo y hay un desquiciado, una desquiciada que está chillando, ves que se cae el material, ves que [...]. Y puede pasar [...]». Idoia, enfermera GD2
Aumento de la presión de los profesionales e influencia en las decisiones en pacientes no reanimables («slow code»)	«Sí, pero fue el teatrillo de [...], y al final se muere. Claro, el tema es, si me ven, pudo el más el tener que hacer algo para que sus familiares [...]». Ane, enfermera GD2 «Te sientes responsable, eres médico o eres enfermero y te ves obligado, porque igual dices: a mí el día que me pare yo, a mí que no me reanime nadie, pero cuando estás enfrente y te están mirando [...]». Aitor, enfermero GD2

comunicación de los profesionales en situaciones complejas de vida y muerte^{26,27} y el miedo a posibles reclamaciones^{15,28}. Existe controversia sobre su práctica. Algunos autores lo consideran una práctica engañosa, fundamentada en una medicina paternalista²⁷ en la que se priva a la familia de tomar alguna decisión, entrando en conflicto con los códigos éticos^{26,27} (tabla 4).

Poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales

Los profesionales consideran que en el ámbito hospitalario no se favorece la presencia de la familia.

«Es difícil permitir a los familiares que vean la reanimación si les echamos de la habitación para sacar sangre» (Aitor, enfermero GD2).

Los discursos profesionales muestran la existencia de una cultura de poder en el ámbito hospitalario que dificulta por sistema la presencia de familiares, incluso en la realización de otros procedimientos, lo que coincide con autores como Gamell Fullá et al.⁵.

Los profesionales describieron el hospital como un contexto de «poder», donde el control está en manos de los sanitarios.

«Nuestra forma de trabajar, estamos acostumbrados a ese medio controlado, controlado por nosotros». (Miren, enfermera GD2).

La descripción de la cultura de «poder» de las instituciones sanitarias no es un concepto nuevo. Parsons describía el ámbito hospitalario como un «subsistema social»²⁹, en el que se ejerce el control social a través de una serie de normas, comportamientos y roles socialmente aceptados por todos los individuos³⁰.

Ane, enfermera GD2, comentaba como en el medio hospitalario la falta de espacio físico es otra barrera:

«La infraestructura de las plantas de la habitación, al final dices, familia fuera porque no hay sitio»

Lejos de un cuidado centrado en la persona, aún quedan residuos en nuestra práctica clínica de una medicina biologicista centrada principalmente en la técnica³¹. Las estructuras arquitectónicas hospitalarias no están diseñadas en pro del cuidado holístico del paciente y su familia. Chocarro González et al.³² hacían referencia a la necesidad de proporcionar espacios arquitectónicos en los hospitales de agudos que faciliten el acompañamiento de la muerte. Los profesionales de nuestro estudio comentaban como la falta de espacio físico dificulta por se la posibilidad de una RCP presenciada.

Por el contrario, cuando la parada sucede en otros ámbitos asistenciales, el sentimiento de poder de los profesionales varía. Los profesionales que trabajan en Emergencias y Atención Primaria contaron distintas experiencias.

«Cuando tú vas a casa del paciente, siempre juegas fuera, tú eres el visitante» (Miguel, médico GD3).

Liaschenko describía en su estudio como los profesionales sentían que en el domicilio del paciente estaban en «su territorio» y eran tan solo «invitados en su casa»³³. Peter relataba a su vez como el lugar influye en la autoridad³⁴ y en el reparto de poder. Así, fuera de las rígidas estructuras sociales hospitalarias, la familia tendría más posibilidades de poder decidir.

Por otro lado, tanto médicos como enfermeras señalaron la existencia de un contexto sociocultural que no favorece la RCP presenciada. Coincide con la percepción de pacientes y familia que temen estar presentes durante la RCP de un ser querido.

«Salen de las habitaciones, pero la mayoría de las veces lo piden los familiares [...] para la gente no

es agradable, no están acostumbrados». (Ane, médico GD3).

Demuestra una diferente actitud ante la enfermedad y la muerte³⁵, que difiere de la que se encuentra en países como Canadá o EE. UU.^{15,36,37}, donde la población considera su derecho a presenciar la RCP.

Dicho contexto sociocultural influye también en la actuación de algunos sanitarios. Kepa, médico GD3, compartía la experiencia que vivió en la muerte de su padre, cuando se le impidió estar a su lado en los últimos momentos.

«¿No crees que hay una actitud, por defecto, de que automáticamente cuando está el momento próximo se tiende a sacar a la familia? Tengo una experiencia súper desagradable con mi padre. A mí me echaron de la muerte

Tabla 5 Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales

El hospital se define como un subsistema social en el que el poder está en manos de los profesionales y se impide la presencia de la familia en casi cualquier procedimiento	«'Salga'', ¿pero qué le va a hacer?, si le va a tomar la tensión, le va a poner el termómetro, o sea, me parece que son cosas que tienen que ver [...]». Médico GD3 «En el hospital es al revés, o sea, haces, esto de poder, y es enseguida 'salga'». Miguel, médico GD3
La infraestructura arquitectónica de los hospitales no favorece la RCP presenciada. La falta de espacio físico dificulta per se la RCP presenciada. Sucede lo mismo cuando la PCR ocurre en el centro de salud	«Diferenciaría, alguna vez que me ha pasado en el domicilio y tal, no tengo mala [...] bien, en cambio, en el centro de salud no entran en la sala, yo creo que porque no hay sitio, entonces la verdad es que no [...]». Javi, médico GD3 «En un cuarto cerrado, donde no cabe ni el carro de paradas, tienes que sacar la cama que está chocando con la cama de la otra, entonces [...]». Idoia, enfermera GD2
Cuando la PCR sucede en la calle o en el domicilio del paciente los profesionales ceden poder de decisión a la familia. Fuera del hospital la RCP presenciada se considera más natural	«Cómo vas a ir al domicilio y dices que salgan fuera? No me parece». Javi, médico GD3 «Una vez estaba en la Plaza [...], era un atropello, y cuando levanté la cabeza, llevaba un cuarto de hora en el suelo, que no me di cuenta, o sea, igual había diez persona a mi alrededor, y no me había, o sea, ni los oía, porque es que estás con el [...]. Es como, lo que yo digo, es trabajo, o sea, y suena muy así, pero esto funciona, tiene que ser una cosa mecánica, entonces, como es trabajo, estás con las orejeras, y estás a lo tuyo. Entonces, cuando levantes de repente dices "ostras, ¿y esta gente de dónde ha salido?", es que a mí me ha pasado siempre que he estado en la calle». Miguel, médico GD3
Contexto sociocultural de negación de la muerte que dificulta la presencia de familiares durante la RCP	«Es cultural, yo estoy diciendo que no cuestionaría, que si alguien lo quiere ver, que habría que valorarlo, yo soy la primera que no quisiera estar, yo soy la primera que para cualquier cosa me salgo, y no quiero interrumpir, porque pienso que al profesional le puede cohibir». Itziar, enfermera GD1 «Si te tienen que poner o quitar, ellos no lo van a entender. El que sabe son los que están atendiendo, la familia no pinta nada». Luis, paciente GD4
Los profesionales sanitarios consideran que lo más correcto sería valorar cada situación de forma independiente y brindar la oportunidad a los familiares de poder decidir	«En el hospital depende de cada caso, depende de cada familia». Javi, médico GD3 «Que la generalidad fuera poderlo presenciar, a no ser que no hay espacio físico, o no puedas hacer una buena RCP porque, pues eso, están desquiciados, el caso que has contado tú, están desquiciados y uf, pero, por defecto poder elegir, que no se le da a nadie la opción de elegir». Nahia, enfermera GD2

del *aita* (significa «padre» en euskera). Era evidente que se estaba muriendo, y justo cuando se muere me vienen y me sacan».

Algunos profesionales sanitarios, influidos por el contexto sociocultural, participarían en la negación social de la muerte³², en su afán de proteger a los familiares de presenciar la muerte de un ser querido.

Rebeca, médico GD3, reflexionaba sobre la complejidad de la decisión y cuál sería la mejor actuación.

«Seguramente *la derecha* (lo adecuado) sería no decir nada a la familia y que hagan lo que quieran, que si quieren quedarse, se queden».

La mayoría de los profesionales sanitarios coincidieron en que se debería valorar cada situación de forma independiente¹⁷, y que lo ideal sería brindar a los familiares la oportunidad de estar presentes, siendo estos quienes tomen finalmente la decisión, lo que coincide con lo reportado por la literatura^{10,21,25,37-39} (tabla 5).

Una de las posibles limitaciones de este estudio es que dado el carácter exploratorio del mismo y que las RCP se pueden producir en cualquier contexto, se incluyó a profesionales de distintos servicios y ámbitos asistenciales. Futuros estudios podrían centrarse exclusivamente en profesionales de cuidados intensivos, urgencias y emergencias por ser los que tienen un conocimiento más profundo del proceso de RCP.

Conclusiones

La RCP es un constructo social influido por valores y percepciones situados en contextos socioculturales específicos. En este estudio, los pacientes y familiares describieron temor y resistencia a presenciar la RCP en pacientes adultos. Por su parte, los profesionales sanitarios de Osakidetza consideran que es una práctica poco habitual y que su decisión reviste complejidad, siendo necesario valorar cada caso de forma independiente. Además, proponen facilitar, en la medida de lo posible, la toma de decisiones de forma compartida e informada.

El lugar en el que sucede la parada es un componente contextual que condiciona per se la posibilidad de desarrollar una RCP presenciada. Al contrario de lo que sucede en el ámbito hospitalario, considerado como un «subsistema social», el domicilio y la calle emergen como facilitadores de la presencia de familiares durante la RCP. La formación de los profesionales sanitarios debe tener en cuenta los aspectos contextuales, las relaciones de poder y cuestiones bioético-legales, así como la comunicación en situaciones extremas.

Este estudio recoge la percepción de pacientes, familiares, enfermeras y médicos. Por ello, puede servir de referencia para el desarrollo de investigaciones y políticas sanitarias que apoyen cuidados holísticos al paciente y familiares, respetando los principios bioéticos.

Como líneas de investigación futuras, sería recomendable profundizar sobre la experiencia subjetiva de familiares que hayan presenciado la RCP y el impacto de los elementos contextuales y socioculturales en sus percepciones.

Lo conocido sobre el tema

A pesar de que diferentes organizaciones internacionales aconsejan la RCP presenciada en el paciente adulto, no es una práctica extendida en nuestro contexto.

Qué aporta este estudio

El lugar donde sucede la parada cardiorrespiratoria condiciona la posibilidad de desarrollar la RCP presenciada. El domicilio y la calle son facilitadores de dicha práctica.

Pacientes y familiares rechazan en general la posibilidad de presenciar las maniobras, en un contexto sociocultural de negación de la enfermedad y la muerte, y ello dificulta la RCP presenciada.

La falta de legislación que delimite un marco de acción y el déficit de formación en aspectos ético-legales de los profesionales pueden conllevar la simulación de la RCP («slow code») en pacientes no reanimables si la familia está presente.

Este estudio recoge la opinión de pacientes, familiares y profesionales de la salud, y puede ayudar al desarrollo de políticas sanitarias que apoyen la práctica de la RCP presenciada.

Fuente de financiación

Este estudio ha sido financiado por la OSI Bilbao-Basurto. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF)-Proyecto OSIBB15.

Financiación M-BAE 2016 (BA16/00045) para la realización de una estancia de investigación de la IP en la Universidad de Toronto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes por su colaboración, imprescindible para el desarrollo del estudio, especialmente a la Asociación de Enfermos y Transplantados de Corazón y Pulmón de Euskadi (ATCORE).

A los doctores Joan Blanco y Erica Briones por su apoyo en este proyecto.

Bibliografía

- Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2010;81:1445-51.
- Emergency Nurses Association. Presenting the option for family presence. Park Ridge, IL: Emergency Nurses Association; 1995.

3. American Association of Critical-Care Nurses practice alert. Family presence during resuscitation and invasive procedures [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/36/1/e11.full.pdf+html>
4. Colbert JA, Adler JN. Family presence during cardiopulmonary resuscitation- Polling results. *N Engl J Med.* 2013;368:e38.
5. Gamell Fullá A, Comiero Alonso P, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España. *An Pediatr.* 2010;72:243-9.
6. Kantrowitz-Gordon I, Bennett D, Wise Stauffer D, Champ-Gibson E, Fitzgerald C, Corbett C. Facilitated family presence at resuscitation: Effectiveness of a nursing student toolkit, 33. *Nurse Educ Today.* 2013. p. 1258-63.
7. European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). *Resuscitación.* 2015:101.
8. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. BOPV núm. 134, de 14/07/2016.
9. Santos González G, Jiménez Tomás R, Sánchez Etxaniz J. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. *Emergencias.* 2010;22:175-80.
10. De la Flor Magdaleno B, Castelo Tarrío I, Andetxaga Vivanco I, Peláez Corres N, Gil Martín F, Aguirre Goitia A. Presencia familiar durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar: estudio en el ámbito extrahospitalario de la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias.* 2006;18:135-43.
11. Neergaard M, Olesen F, Andersen R, Sondergaard J. Qualitative description - The poor cousin of health research? *BMC Med Res Methodol.* 2009;9:52-6.
12. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutierrez M, Palmer Santos A. Investigación cualitativa (Colección Cuidados de Salud Avanzados). Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:423-36.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77-101.
15. McClement SE, Fallis WM, Pereira A. Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41:233-40.
16. De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family presence during resuscitation: A qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PLoS One.* 2016;11:e0156100.
17. Giles T, de Lacey S, Muir-Cochrane E. Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: A grounded theory study. *J Adv Nurs.* 2016;72:2706-17.
18. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *World Crit Care Nurs.* 2007;5:86-8.
19. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs.* 2013;20:77-85.
20. Mortelmans LJ, Cas WM, van Hellemond PL, de Cauwer HG. Should relatives witness resuscitation in the emergency department? The point of view of the Belgian Emergency Department staff. *Eur J Emerg Med.* 2009;16:87-91.
21. Porter JE, Cooper SJ, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs.* 2014;22:69-74.
22. Hanson C, Straw D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital Emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs.* 1992;18:104-6.
23. Enriquez D, Mastandueno R, Flichtentrei D, Szyld E. Relatives' presence during cardiopulmonary resuscitation. *Glob Heart.* 2017;12:335-40.e1.
24. Dall'Orso S, Jara Concha P. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm.* 2012;18:83-99.
25. Mitchell MH, Lynch MB. Should relatives be allowed in the resuscitation room? *J Accid Emerg Med.* 1997;14:366-9.
26. Forman E, Ladd R. Why not a slow code? *Virtual Mentor.* 2012;14:759-62.
27. Ladd R, Forman E. Why not a transparent slow code? *Am J Bioeth.* 2011;11:27-9.
28. Sanjorge Carretero P, Gismero González E, directores. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia extrahospitalaria. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2015. [citado 6 Mar 2017].
29. Parsons T. El sistema social. 1.ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
30. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007;20:499-503.
31. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(8):1953-7.
32. Chocarro González L, González Fernández R, Salvadores Fuentes P, Venturini Medina C. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Med Paliativa.* 2012;19:148-54.
33. Liaschenko J. The moral geography of home care. *ANS Adv Nurs Sci.* 1994;17:16-26.
34. Peter E. The history of nursing in the home: Revealing the significance of place in the expression of moral agency. *Nurs Inq.* 2002;9:65-72.
35. Flores-Pons G, Íñiguez-Rueda L. La biomedicalización de la muerte: una revisión. *An Psicol.* 2012;28:929-38.
36. Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of health-care providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care.* 2007;16:270-9.
37. Ferrara G, Ramponi D, Cline TW. Evaluation of physicians- and nurses- knowledge, attitudes, and compliance with family presence during resuscitation in an emergency department setting after an educational intervention. *Adv Emerg Nurs J.* 2016;38:32-42.
38. Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Palacios Cuesta A, Blázquez Gamero D, Marín Ferrer MM. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. *An Pediatr.* 2012;77:28-36.
39. Achury D, Achury L. Presencia de la familia en la reanimación cerebrocardiopulmonar. *Enferm Cardiol.* 2010;50:52-6.

9. *Capítulo VII: Discusión*

*“Daría todo lo que sé,
por la mitad de lo que ignoro”*

Descartes

Los resultados de esta tesis doctoral proporcionan hallazgos relevantes que se consideran necesarios para la mejora de la práctica clínica y la salvaguarda de los derechos de los/as pacientes, principalmente el de autonomía.

En nuestro contexto sociosanitario, ha quedado patente la anorexia de poder de las enfermeras en la toma de decisiones relacionadas con los aspectos éticos que envuelven la PCR y que la enfermera, especialmente en el ámbito hospitalario, no desarrolla de forma activa el rol de defensora de los derechos de los pacientes, recogido de forma explícita en el código deontológico (Consejo General de Colegios de Enfermería., 1989):

Art.55. “La enfermera tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se someta a tratamientos fútiles”.

Lind (1989), definía la actuación de las enfermeras como la “*guerrilla de enfermería*”, denominando así a la resistencia a la mentalidad que aún perdura de “vida a toda costa”, en la búsqueda incesante del respeto de los derechos de los/as pacientes. Pero, como se ha visto en los resultados de esta tesis, dicha actitud no se ha generalizado y se cree por ello necesaria la reflexión y el empoderamiento de la práctica bioética enfermera.

Esta situación no solo afecta a la disciplina enfermera, sino que el hecho de que socioculturalmente el poder y el conocimiento científico se presuponga exclusivamente de los profesionales de la medicina, hace soportar a estos profesionales todo el peso de la decisión. La falta de deliberación moral y el hecho de no apoyarse en el resto del equipo, hace que la balanza se incline en ocasiones hacia posturas de medicina defensiva y paternalista, ante el miedo a situaciones de conflicto.

Todo ello, va en detrimento sin duda de los derechos de los/as pacientes, a quienes en ocasiones incluso se les oculta información (en un pacto de silencio entre familia y profesionales) y consecuentemente la posibilidad de decidir sobre su propia vida, si bien, es importante destacar el esfuerzo que actualmente se realiza desde las Organizaciones para la participación activa del paciente en la toma de decisiones, con proyectos de tal envergadura como el de voluntades anticipadas (Departamento de Sanidad, 2003). Aun así, el presente estudio pone en evidencia que queda camino por recorrer en este sentido, en un contexto tan delicado como el de una PCR, en la que no siempre prevalecen los deseos de los/as pacientes como se ha podido ver.

Para llevar a cabo una discusión general de los resultados de esta tesis, dado que cada artículo tiene una discusión específica, se ha creído conveniente hacerlo en base a las tres hipótesis de trabajo que se plantearon antes de realizar el presente estudio y analizar los hallazgos en conjunto, en base a ellas:

9.1. La presencia de familiares durante la RCP

La primera hipótesis de trabajo de la presente tesis doctoral se basaba en un tema no exento de controversia y que es actualmente objeto de estudio y debate a nivel internacional: la influencia que puede tener la presencia de familiares durante las maniobras de RCP en la toma de decisiones de los/as profesionales de la Salud en el contexto hospitalario (Fisher et al., 2008; Goldberger et al., 2015; Jabre et al., 2013; Leske et al., 2013; J. E. Porter et al., 2014). El debate de su idoneidad, sin embargo, lejos de ser novedoso, se inicia ya en 1987, con Doyle (1987), quien se cuestionaba los posibles beneficios de dicha práctica.

A pesar de que numerosas organizaciones internacionales (American Association of Critical-Care Nurses, 2007; Fulbrook et al., 2007; Lippert et al., 2010; S. J. W. Oczkowski et al., 2015) la recomiendan, la presencia de familiares durante la RCP, continua siendo una práctica poco habitual en el paciente adulto, al contrario de lo que sucede en el paciente pediátrico (J. E. Porter et al., 2014; Vincent & Lederman, 2017). En los resultados de nuestro estudio que hacen referencia a este tema y que han quedado reflejados en el artículo titulado: *“Umbrella review of the evidence concerning inpatient witnessed resuscitation”*, se podría extraer que una de las barreras y por tanto un posible facilitador para su implementación pudiera ser el contexto sociocultural.

Estos hallazgos ya fueron también identificados en estudios previos que sugerían que dicho contexto influiría en la decisión de los/as profesionales (J. Porter, Dip, Cooper, & Sellick, 2012; Rittenmeyer & Huffman, 2012; Sak-Dankosky, Andruszkiewicz, Sherwood, & Kvist, 2014), pudiendo actuar bien como facilitador o barrera a la implantación de dicha práctica.

El conjunto de argumentos que defiende la presencia de familiares en una RCP se puede encontrar en la revisión sistemática dirigida por Paplanus, Salmond, Jadotte y Viera (2012), los estudios incluidos de Reino Unido (Grice, Picton, & Deakin, 2003), Irlanda (Madden & Condon, 2007), Australia (Dwyer, 2009) y EEUU (Doyle et al., 1987; Engel, Barnosky, Berry-Bovia, Desmond, & Ubel, 2007; Macy et al., 2006; T. A. Meyers, Eichhorn, & Guzzeta, 1998) se mostraron a favor de la presencia de familiares durante la RCP. Los familiares consideraban positivo para el paciente estar presentes durante las maniobras de RCP, dado que la gran mayoría de veces eran concedores de información que pudiera ser útil para el equipo de salud y que dado de la urgencia de la actuación, sin ellos allí sería imposible tener dicha información. Consideraban

también que el hecho de estar acompañando a su familiar podría aumentar el confort de éste, incluso estando inconsciente, que podían tocar al paciente y si finalmente fallecía estar a su lado en los últimos momentos (Cypress & Frederickson, 2017; Ferreira, Blabino, Balieiro, & Mandetta, 2014; Leske et al., 2013; McAlvin & Carew-lyons, 2014; T. Meyers et al., 2000; Paplanus et al., 2012; Toronto & Larocco, 2019). Este sentimiento se hace más fuerte incluso en el caso del paciente pediátrico, dado que los padres se sienten como protectores de sus hijos (McAlvin & Carew-lyons, 2014). Son muchos los estudios que confirman que el hecho de presenciar la RCP puede ayudar en el ulterior proceso de duelo, al ver que el equipo ha hecho todos los esfuerzos por mantener con vida a su ser querido (Cypress & Frederickson, 2017; Ferreira et al., 2014; Leske et al., 2013; T. Meyers et al., 2000; J. E. Porter et al., 2014; Rittenmeyer & Huffman, 2012; Toronto & Larocco, 2019) e incluso familiares que presenciaron una RCP reconocieron que aunque fue duro estar presente, habría sido peor no estar (Ferreira et al., 2014; Tinsley et al., 2008).

Sin embargo, estudios desarrollados en Bélgica (Mortelmans, Cas, Van Hellemond, & De Cauwer, 2009), Alemania (Kirchhoff et al., 2007; Köberich, Kaltwasser, Rothaug, & Albarran, 2010), Singapur (Ong, Chung, & Mei, 2007), Turquía (Günes & Zaybak, 2009; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice, & Tancredi, 2007; Yanturali et al., 2005) y un estudio a través de una encuesta realizado en diversos países de Europa (Axelsson et al., 2010) mostraron rechazo a la RCP presenciada. Los turcos fueron quienes mostraron menos apoyo a dicha práctica. Los resultados de la literatura sugieren que los países anglosajones son socioculturalmente más abiertos a la posibilidad de permitir la presencia de familiares durante la RCP. Así, el estudio desarrollado por Fulbrook (2005), en el que participaron 235 asistentes a la conferencia de la Federación Europea de Asociaciones de Enfermería en Cuidados Críticos, concluía que las enfermeras procedentes de Reino Unido presentaban mejor actitud ante la RCP presenciada que profesionales de otras nacionalidades. En nuestro estudio cualitativo conducido en País Vasco, se observaba cómo la RCP presenciada no es una práctica habitual en nuestro contexto, y que los/as profesionales en general muestran reticencias a su desarrollo.

Desde el punto de vista de los profesionales, éstos muestran en general resistencia a dicha práctica (Rittenmeyer & Huffman, 2012; Sak-Dankosky et al., 2014). De los 15 estudios incluidos en la revisión integrativa de Sak-Dankosky (2014), solo en dos estudios los/as profesionales defendían dicha práctica sin ningún tipo de objeción. Entre los potenciales problemas que preocupan a los/as profesionales es que la familia pueda interferir en las maniobras y aumentar la presión de los/as profesionales, además del miedo a posibles reclamaciones al ser espectadores de toda la intervención (Paplanus et al., 2012; J. Porter et al., 2012; J. E. Porter et al., 2014; Rittenmeyer & Huffman, 2012). La formación en RCP presenciada a los/as profesionales de la salud tiene efectos positivos en su actitud, siendo un facilitador para la implantación de dicha práctica. La revisión sistemática conducida por Powers (2017) analizaba el

efecto de intervenciones educativas en RCP presenciada. 13 de los 16 estudios analizados en dicho estudio demostraron que la formación tenía efectos positivos aumentando la autoconfianza y confort de los/as profesionales para el desarrollo de dicha práctica. Tras la formación aumentaron también su predisposición a ofrecer la posibilidad a la familia de estar presente durante la RCP (J. E. Porter et al., 2014; Powers, 2017).

Y desde el punto de vista de los familiares, éstos también muestran preocupación acerca de que su presencia pudiera ser una molestia a la hora de realizar las maniobras y perjudicar a su familiar (T. A. Meyers et al., 1998; Paplanus et al., 2012; Rittenmeyer & Huffman, 2012). Sin embargo, el meta-análisis desarrollado por Oczkowski (2015) comparaba el efecto de ofrecer la RCP presenciada con el cuidado habitual, en términos de mortalidad, calidad de la RCP y efectos psicológicos en la familia y concluyó que la RCP presenciada no afectaba los resultados de la RCP. Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios, que consideran necesario designar una persona del equipo capacitada y que disponga de los conocimientos y habilidades para acompañar e informar a la familia (McClement, Fallis, & Pereira, 2009; S. J. W. Oczkowski et al., 2015). Dicha persona será la encargada de ofrecer apoyo emocional, facilitar que la familia se sienta segura y cómoda, que comprende las maniobras y procedimientos que se están realizando (Cypress & Frederickson, 2017). Dicha necesidad viene reflejada en todas las políticas y procedimientos que existen al respecto (Ferreira et al., 2014; Paplanus et al., 2012; J. Porter et al., 2012; J. E. Porter et al., 2014; Rittenmeyer & Huffman, 2012), siendo necesario que esa persona no participe activamente en las maniobras, sino que su papel sea exclusivamente el de acompañamiento de la familia (J. Porter et al., 2012; J. E. Porter et al., 2014). En nuestro estudio, aquellos/as profesionales que habían participado en una RCP presenciada, se mostraban más abiertos/as a su desarrollo, al contrario de los/as profesionales que participaron en Francia en el estudio de Belpomme (2012) quienes eran más reacios a favorecer la RCP presenciada cuando ya habían tenido experiencias previas.

En Europa, sin embargo, la práctica de la RCP presenciada no es una práctica extendida. Un estudio descriptivo transversal reciente, desarrollado por Mentzelopoulos (2016) y en el que participaron 31 países de la unión Europea incluida España, mostraba que la presencia de familiares durante la RCP aún es causa de controversia y que en el 52% (16) de los países participantes no se permite por rutina la presencia de familiares durante la RCP.

En España la RCP presenciada comienza a extenderse en el paciente pediátrico a finales de la primera década del siglo XXI, disponiendo así de diversos ejemplos en la literatura científica, en los que la RCP presenciada se aborda dentro de otros procedimientos invasivos (Martínez Moreno et al., 2012; Santos González et al., 2010). Sin embargo, existen también estudios, como el desarrollado por Gamell Fullá,

Corniero Alonso, Parra Cotanda, Trenchs Sainz De la Maza y Luaces Cubells (2010), que muestran resultados negativos y una escasa presencia de los padres durante los procedimientos.

En relación al paciente adulto, en España son escasos los estudios desarrollados acerca de esta temática. De la Flor (2006) desarrolló un estudio en los servicios de Emergencias (Emergentziak) del País Vasco, en los que los/as profesionales de la salud mostraban que no era una práctica habitual favorecer la presencia de los familiares durante la RCP extrahospitalaria, a pesar de reconocer sus ventajas. Otro estudio transversal más reciente, desarrollado por Asencio-Gutiérrez y Reguera-Burgos (2017), que incluía a profesionales de distintos ámbitos asistenciales y regiones de España, concluía también que los/as profesionales de la salud no presentaban disposición al desarrollo de dicha práctica, al considerar que existían más riesgos que beneficios. El 63% de los/as profesionales de atención extrahospitalaria, sin embargo, se mostraban preparados para su desarrollo.

En lo que respecta a los familiares y a sus reacciones, al igual que el estudio desarrollado por McClement, Fallis, y Pereira (2009) en Canadá en el que participaron 944 enfermeras, las enfermeras de nuestro estudio mostraban preocupación por el riesgo que los familiares pudieran sufrir trauma psicológico al visualizar escenas cruentas. Sin embargo, los/as profesionales participantes en los grupos de discusión de nuestro estudio, reconocían también los posibles beneficios para la familia, como una mejor aceptación del duelo al ver cómo se ha hecho todo lo posible para salvar la vida de su ser querido, lo que también concluyen otros estudios (De Stefano et al., 2016; Giles, de Lacey, & Muir-Cochrane, 2016; Jabre et al., 2013; Mangurten et al., 2005).

Algunos de los hallazgos importantes de nuestro trabajo y que tienen relación con la RCP presenciada, hacen referencia al tiempo que debe durar dicha RCP. Al contrario que los resultados expuestos en el estudio desarrollado por Wang, Chang, Huang y Tsai (2019) quienes manifestaban que las maniobras de RCP tendrían menos duración cuando la familia está presente (Wang et al., 2019), en nuestro estudio, los/as participantes no consideran que la presencia de familiares influyese en el tiempo de la RCP. Otro de los hallazgos importantes es respecto al espacio en el que se desarrolla la RCP, un de las barreras descritas por los/as profesionales participantes en el estudio, es la falta de espacio físico. A lo largo de los grupos de discusión reflexionaban acerca de cómo las estructuras arquitectónicas no responden a las necesidades holísticas del paciente y familia. Aún perduran vestigios de una práctica biologicista, centrada principalmente en la técnica (Merhy, 2002) a lo que los/as profesionales suman la existencia de una cultura de poder, especialmente en el ámbito hospitalario. El Hospital emerge así como un "Subsistema social", en el que el poder está en manos de los/as profesionales de la salud (Parsons, 1966) lo que conlleva a que por automatismo se dificulte la presencia de familiares en el paciente adulto, incluso en situaciones o procedimientos rutinarios y no invasivos. Se priva a los familiares de la oportunidad de estar presentes en

momentos delicados de vida y muerte de sus seres queridos, con la buena intención, aunque paternalista, de evitarles sufrimiento, pero que puede esconder también ciertos beneficios para los propios profesionales (como evitar situaciones angustiosas, de presión, incapacidad de comunicación en situaciones delicadas e incluso miedo a reclamaciones legales).

En base a estos resultados se destaca el que sin duda es uno de los resultados más sorprendentes de este estudio, es decir, el rechazo unánime de los pacientes y familiares participantes en el mismo a la posibilidad de presenciar las maniobras de RCP. Esta postura radical y unánime de negación de dicha práctica podría explicarse por un contexto sociocultural de negación de la muerte (Chocarro González, González Fernández, Salvadores Fuentes, & Venturini Medina, 2012) propio de nuestra cultura, pero difiere sin duda, de los resultados obtenidos en otros contextos socioculturales, como EEUU o Canadá, entre otros, en los que los familiares no solo desean estar presentes durante las maniobras de RCP de su ser querido (Cypress & Frederickson, 2017; Rittenmeyer & Huffman, 2012; Toronto & Larocco, 2019), sino que lo consideran su derecho (Paplanus et al., 2012; Powers, 2017; Rittenmeyer & Huffman, 2012; Toronto & Larocco, 2019).

“Si te tienen que poner o quitar, ellos no lo van a entender. El que sabe son los que están atendiendo, la familia no pinta nada”, opinaba Luis, paciente del GD4.

Este verbatim podría tener aún más transcendencia y evidenciar no solo la práctica paternalista de la medicina, sino la aceptación social de dicha práctica, en la que el conocimiento estaría solo en manos de los/as profesionales y el paciente y la familia no formarían parte activa de la toma de decisiones.

Otro aspecto importante que emergió de los grupos de discusión de nuestro estudio fue la realización del *Slow code*, Todos/as los/as profesionales coincidieron al reconocer que en algunas ocasiones en las que la familia está presente, se realizaría el denominado *slow code* o simulación de las maniobras, en pacientes en los que ya se prevé que la RCP va a ser inútil. A pesar de suscitar gran controversia, al considerarse una práctica engañosa en la que se priva a los familiares de la toma de decisiones informadas (Weinacker, 2011), en este estudio se observa cómo esta práctica también existe en nuestro contexto socio-sanitario y los hallazgos de esta tesis lo corroboran.

Algunos autores, como Mohammed and Peter (2009), consideran que dicha práctica libera a la familia de la responsabilidad de tomar la dolorosa decisión de “dejar morir” a su familiar, y también a los/as profesionales del sentimiento de “no hacer nada” o de no poder ofrecer nada a la familia. Estos hallazgos

coinciden con los resultados de nuestro estudio, en el que los profesionales de la salud denotan miedo a que la familia considere que el paciente muere por la falta de intervención médica:

“Sí, pero fue el teatrillo de..., y al final se muere. Claro, el tema es, si me ven, pudo más el tener que hacer algo para que sus familiares...” Ane, enfermera GD2

Sin embargo, lejos de las buenas intenciones de los/las profesionales, quienes quieren proteger de alguna forma los sentimientos de la familia, nos obliga a plantearnos ciertos dilemas y conflictos éticos, más propios de una práctica paternalista, así como la carencia de habilidades de comunicación de los/as profesionales en situaciones complejas de vida y muerte (Peter et al., 2014). El objetivo con el que por lo tanto se inicia algunas veces esta práctica no es que el paciente sobreviva, sino proteger los sentimientos de la familia, evitando tener que explicar el por qué no se va a intervenir, dado que se considera de antemano que el tratamiento será inútil la falta de protocolos en los hospitales y de políticas sanitarias que regulen la RCP presenciada en nuestro contexto, es una de las principales barreras existentes, también descrita en la literatura (Cypress & Frederickson, 2017), por lo que su desarrollo se considera clave para la implantación con éxito de dicha práctica (Ferreira et al., 2014; Fulbrook et al., 2005; McAlvin & Carew-lyons, 2014; O’Brien, Creamer, Hill, & Welham, 2002; Rittenmeyer & Huffman, 2012).

En definitiva, en base a los resultados de nuestro estudio y a la literatura existente podríamos afirmar que en nuestro contexto sociosanitario no se ofrece habitualmente a las familias la posibilidad de presenciar la RCP. En general existe un rechazo por parte no solo de los/as profesionales de la salud, sino también de la población en general, situación que difiere de países de cultura anglosajona, donde se considera un derecho. Para facilitar su implantación, es necesario el desarrollo de protocolos institucionales y legislación que regulen y faciliten su implantación. De la misma forma, sería necesario incluir la formación en aspectos ético-legales dentro de la formación de RCP tanto de pregrado como postgrado.

9.2. Conocimientos teóricos-prácticos y actitudes ante los aspectos éticos de la PCR

En este apartado se debatirá sobre los principales resultados obtenidos en relación al nivel de conocimientos y las actitudes de los/las profesionales sanitarios ante los aspectos éticos que circunscriben una RCP. Lo primero que hay que destacar es que, como se ha dicho anteriormente, se trata del primer estudio que evidencia de qué forma los conocimientos teórico-prácticos en RCP influyen en la actitud que muestran los/as profesionales ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR, por lo que no ha sido posible la comparación de los resultados obtenidos con los de otros estudios. Nuestro estudio por tanto

arroja luz en un vacío existente en la literatura científica y se circunscribe como una futura línea de investigación a tener en cuenta.

Es cierto que algunos autores tratan aspectos de la actitud de los/as profesionales, aunque de forma general, sin incluir los aspectos éticos. Así, Källestedt, Berglund, Herlitz, Leppert y Enlund (2012), mostraban en su estudio desarrollado en Suecia, cómo la formación en RCP influía en ciertas actitudes y percepciones de los/as profesionales, especialmente en los miembros del equipo de enfermería, en relación a sentirse seguro/a en la realización de la RCP y la disminución de la ansiedad en la realización de las maniobras, de forma que las actitudes mejoraban con la formación.

Por otro lado, un estudio desarrollado por Medina-Hernando y Martínez-Ávila (2013) en nuestro país, hacía referencia a los conocimientos de forma aislada, sin relacionarlos con las posteriores actitudes y señalaba que mayoría de las profesionales participantes no se sentían suficientemente preparadas para desarrollar una RCP, datos que se corroboran en nuestro estudio dado que únicamente el 24% (84) de las enfermeras participantes se mostraron total o ligeramente de acuerdo con que tenían la formación suficiente para llevar a cabo una RCP. Dato que fue sustentado con otro de los resultados de nuestro estudio, por ejemplo, el que cuantificaba el nivel de conocimientos y en el que las enfermeras obtuvieron una nota media de 7.1 sobre 11 en el cuestionario teórico-práctico, lo que muestra margen de mejora. Estos resultados se muestran en sintonía con los obtenidos por otros estudios que también evaluaban los conocimientos en RCP y de la misma forma identificaban un área de mejora en relación al nivel de conocimientos (Källestedt et al., 2012; Medina-Hernando & Martínez-Ávila, 2013; Muñoz-Camargo et al., 2011; Olivetto De Almeida et al., 2011).

Sobre la formación, cabe destacar que a pesar de las recomendaciones de autores como Dal y Sarpkaya (2013), que recomiendan que los cursos de reciclaje de RCP se realicen idealmente cada seis meses para mantener actualizados los conocimientos teórico-prácticos, en nuestro estudio el 50% de enfermeras no habían recibido formación en más de dos años. Resulta un dato un tanto sorprendente, dada la relevancia de dicha formación como se ha podido ver. Esto podría explicarse en cierto modo, por la falta de requerimiento legal al respecto que existe en nuestro país, mientras que, en países como EEUU, los/as profesionales necesitan una certificación de actualización de conocimientos y habilidades en RCP para poder desempeñar su trabajo.

A la luz de nuestros resultados, se hace necesaria la reflexión sobre la responsabilidad personal de los/as profesionales de la salud, concretamente de las enfermeras, en relación a la formación. Es llamativo que mientras el 93% de las enfermeras que contestaron al cuestionario consideraban responsabilidad de la organización la formación de los/as profesionales, solo el 62% mostraron su acuerdo cuando se aludía a

la responsabilidad personal de mantener actualizados los conocimientos. Un dato importante, si consideramos que la responsabilidad y obligación personal de actualización de conocimientos, máxime cuando se trata de una situación de vida o muerte, viene recogida en el código deontológico de nuestra profesión enfermera concretamente en el Artículo 60 (Consejo General de Colegios de Enfermería., 1989):

“Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.”

Por otro lado, los resultados de nuestro estudio corroboran que los cursos de RCP son efectivos, ya que aquellas profesionales que habían recibido formación en el último año obtuvieron las calificaciones más altas en el cuestionario de conocimientos como se puede observar en el artículo 2, titulado: *“Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis”*.

En relación a los aspectos éticos, y al contrario de lo que sucede en otros países como EEUU (Mukamel, Mukamel, Ladd, & Temkin-Greener, 2013), o Canadá (Brink, 2014), en las que la ONIR es una práctica extendida, en nuestro país no existe una normativa clara al respecto, lo que hace que fuera de ciertas unidades específicas como UCI, cuidados paliativos u oncología, no sea una práctica extendida (Monzón et al., 2010), nuestros resultados apuntan en el mismo sentido ya que se puede evidenciar un alto nivel de acuerdo (92%) en la necesidad de que aquellos pacientes que no son candidatos a beneficiarse de las maniobras de RCP, es decir, aquellos en los que de antemano se prevé que la RCP pudiera ser un tratamiento fútil, se identifiquen de forma clara y accesible por todos los miembros del equipo en su historia clínica.

En resumen y en base a nuestros resultados, de este estudio se desprende la necesidad de mejorar la formación teórico-práctica en RCP de los/as profesionales de la Salud, incluyendo los aspectos éticos que circunscriben el contexto de la PCR y reflexionar acerca de la responsabilidad profesional de mantener dichos conocimientos actualizados.

9.3. Rol de la enfermera ante los aspectos éticos que circunscriben la PCR

Al igual que sucedía con la RCP presenciada, los valores, creencias y las normas sociales fuertemente arraigadas definen y delimitan el rol de la enfermera como defensora de los derechos de los pacientes en España. En nuestro país, para alcanzar a comprender el rol actual de la enfermera es necesario realizar

un breve repaso histórico y observar cómo los acontecimientos sociales, y políticos acaecidos durante la dictadura franquista habrían influido en nuestro país en el desarrollo de la identidad de la enfermera, influenciada por la Iglesia católica y un modelo de moralidad cristiana, así como la carencia de derecho de autonomía individual de la mujer.

El desarrollo de los hospitales a partir del año 1950, dotándolos de tecnología e infraestructuras, condujo al desarrollo de una perspectiva biomédica y técnica, estableciendo firmemente las jerarquías institucionales entre médicos y enfermeras con una clara hegemonía del conocimiento y poder médico. Incluso los uniformes utilizados por las enfermeras evidenciaban una falta de competencia técnica, la enfermería, nació pues como una profesión claramente femenina en el que se prolongaba la “naturaleza de la mujer”: el cuidado (Miró-Bonet et al., 2014). La tecnificación y los avances de la medicina coincidieron en el tiempo con el desarrollo de la titulación de Auxiliar Técnico Sanitario (ATS). Se capacitaba así a las enfermeras a realizar técnicas que no requirieran un gran cuerpo de conocimientos y siempre bajo la supervisión médica, convirtiéndose en una profesión “mecánica”. La relación entre enfermeras y médicos no era una relación de igual a igual, sino que representaba una colaboración jerárquica basada principalmente en la eficiencia y obediencia, aspectos que se recogían en los iniciales códigos éticos (Miró-Bonet et al., 2014).

Esta distribución desigual de poder, hace que el conocimiento de la enfermera sea degradado, haciendo que las enfermeras lleguen incluso a cuestionarse su propio cuerpo de conocimientos (Liaschenko, 2008). En un estudio desarrollado por Peter et al (2014), la autora señalaba la existencia de un “privilegio” del conocimiento biomédico que prevalece sobre el enfermero, incluso en aquellas situaciones en las que el tratamiento es fútil, lo que genera posteriores conflictos éticos en las enfermeras. El concepto “espacio social” es utilizado por Peter y Liaschenko (2004) para describir la posición de la enfermera dentro del Sistema de Salud. El lugar también define la organización social del espacio, las relaciones sociales, el poder y el conocimiento. La enfermera tiene una relación más cercana con el paciente entre otros motivos por el reparto de roles sociales.

En el artículo de Liaschenko (1994), titulado “*The moral geography of home care*”, la autora exploraba la organización espacial de la enfermería. La concepción de las enfermeras como “los ojos y los oídos” de los médicos es fruto del reparto histórico de roles. La “mirada médica” ha impregnado de un totalitarismo científico la profesión médica, la tecnología, así como los propios hospitales; el modelo biomédico y tecnológico predominantes dificultaría el rechazo del tratamiento por parte de los pacientes. El trabajo moral de la práctica enfermera supone proteger los derechos de los pacientes, fundamentalmente de aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad (Liaschenko, 1994). Si a ello le sumamos el

contexto burocratizado y estratificado del hospital, donde la enfermera no puede determinar la dirección del cuidado del paciente contribuiría a la aparición de dilemas (Jameton, 2013).

Así, nuestro contexto sociosanitario se caracteriza por una marcada hegemonía del conocimiento médico sobre el conocimiento enfermero, especialmente en el ámbito hospitalario (Parsons, 1966). Dicho desigual reparto de poder (Liaschenko, 2008) podría llegar incluso a antagonizar la acción del cuidado enfermero (Parsons, 1966). Dicho contexto sigue muy vigente en la actualidad, en el estudio llevado a cabo por Peter et al (2014), se destaca la existencia del privilegio del conocimiento médico que prevalecería incluso en aquellas situaciones en las que el tratamiento se prevé fútil y las enfermeras tendrían dificultades para poder cuestionar la decisión médica.

En la línea de estas afirmaciones se encuentran muchos de los discursos de las personas participantes en los grupos de discusión de nuestro estudio; en ellos se entrevistó como el rol de la enfermera en el contexto social español de una RCP, se reduce al de intermediario entre pacientes, familia y médicos (Bueno Muñoz, 2013a), o simplemente no existe:

“Nosotras muchas veces el papel de intermediario, hablas con la familia, le intentas decir, a ti te preguntan muchas veces cómo lo ves, o sea, no le preguntas qué hacemos o dejamos de hacer, a ti te preguntan cómo lo ves, entonces, tú partiendo de cómo le ves, tú le das tu opinión, intentas, pues, un poco enfocar, pues, hacia la salida que te parece a ti más justa para el paciente.” Irantzu, enfermera GD1.

“Históricamente yo creo que nuestra profesión se ha visto más como relegados a un segundo plano, entonces el volcarse en la decisión del médico es como lo que se ha hecho toda la vida también, no estamos tan presentes en ese tipo de decisiones, entonces, es lo que diga el médico, es el que entiende, es el que sabe, es el que dirige, entonces...” Aitor, enfermero GD1.

Los/as profesionales de la salud de nuestro estudio relatan la existencia de una colaboración diferente entre ambas disciplinas en función del ámbito asistencial; así, fuera de las rígidas estructuras hospitalarias, en Atención primaria y emergencias, las enfermeras consideran que tienen más oportunidades de colaborar dentro del equipo y de que su opinión sea tenida en cuenta, lo que coincide también con los discursos de los médicos participantes en nuestro estudio, mientras que en el ambiente hospitalario la decisión es fundamentalmente médica y tomada habitualmente de forma unilateral.

Ante esta situación, hay una realidad sustentada por diversos los autores que consideran clave el rol de la enfermera para salvaguardar los derechos del paciente, dada su cercanía a los/as pacientes, siendo conocedora habitualmente de sus deseos explícitos (Peter et al., 2014; Urban et al., 2001; Vaartio, Leino-

Kilpi, Salanterä, & Suominen, 2006). Sin embargo, no formar parte de la toma de decisiones e incluso realizar en ocasiones las maniobras de RCP a personas en quienes consideran que no estaría indicada, en sintonía con el estudio de Jimenez-Herrera y Axelsson (2014), constituye un posible motivo de distrés moral en las enfermeras.

Los participantes en nuestro estudio describían también una diferente visión de médicos y enfermeras. Así, la práctica médica estaría fuertemente marcada por la necesidad imperiosa de “salvar, salvar vidas”, concepto repetido en todos los grupos de discusión desarrollados y que coincide con estudios como el de Peter et al (2014). Por el contrario, la enfermería cuyo epicentro es el cuidado, tendría más interiorizado el concepto de acompañamiento del paciente. Tal y como se desprende los grupos de discusión, aún prevalece una práctica asistencial con visos paternalistas, enmarcada en un modelo biomédico profundamente arraigado en nuestro contexto, tal y como defienden autores como Herreros, Palacios y Pacho (2012).

La medicina actual en ocasiones traspasaría la fina línea invisible entre beneficencia y obstinación terapéutica, bajo el yugo de la responsabilidad ética, legal y social, que tanto la sociedad como los propios profesionales de la salud colocan sobre sus hombros en un contexto institucionalizado como es el hospital. Van den Burg (1978) denominaba a los hospitales como “palacios de curación compulsiva”, donde se reduce la existencia humana a lo biológico (Poblete Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007) y esta creencia sigue viva en la actualidad.

El paternalismo se vislumbra a lo largo de nuestro estudio. Otro de los hallazgos dignos de análisis es que los/as participantes describieron la existencia de un pacto de silencio entre familia y profesionales de la salud, en el que las enfermeras participarían directamente también de dicho pacto.

De esta forma los/as pacientes no recibirían siempre una información sincera, “*se medio engaña al paciente*” tal y como nos expresaba Idoia, enfermera del Grupo de discusión número 2, impidiendo la toma de decisiones informadas, en un afán paternalista de protegerles de la verdad. Nuestros resultados coinciden con estudios como el desarrollado por Cejudo en nuestro país (2015), siendo necesario que los/as profesionales desarrollen habilidades de comunicación y exploren las preferencias de los/as pacientes respecto a la información que desean recibir. Las enfermeras participantes relatan como en ocasiones se toman decisiones por la presión de la familia y que a menudo no se corresponden con los deseos de los pacientes cuando mantenían aún su capacidad de decisión; con lo que subyace un segundo conflicto que no es otro que los/as profesionales infravaloran en ocasiones las necesidades de información de los pacientes paliativos (Cejudo López et al., 2015; Fallowfield, Jenkins, & Beveridge, 2002; Hold, 2017). Es verdad que los/as profesionales consideran que ciertas especialidades como oncología o cuidados

paliativos entre otras, han desarrollado una mayor sensibilidad al respecto (Pettersson, 2016) y que ésta podría ser extensiva a toda la práctica sanitaria..

Con todo ello, la decisión de ONIR puede resultar en ocasiones compleja. Por este motivo requiere del liderazgo y respeto mutuo entre médicos y enfermeras y de la deliberación moral en la que idealmente debieran participar todos los actores implicados: equipo de salud, paciente y familia (Ferrand et al., 2003), con el fin de garantizar el cuidado centrado en la persona, tal y como Lindemann (2009) exponía en su obra la deliberación moral, permite encontrar la forma de beneficiar al paciente considerando su situación y necesidades específicas.

Cabe destacar, que las enfermeras participantes en nuestro estudio no mostraron un rol activo como defensoras de los derechos de los/as pacientes. Lejos de la “guerrilla enfermera” descrita por Lind (1989) en las que las enfermeras se elevaban como defensoras de los derechos y deseos de los/as pacientes, en nuestro contexto desarrollaban un rol más bien pasivo. En nuestro estudio, coincidiendo con los resultados de Santana Cabrera et al (2010), se evidencia la necesidad de profundizar en conocimientos éticos con el fin de brindar a los pacientes la oportunidad de participar en la toma de decisiones (Pyl & Menard, 2012). Una de las consecuencias más importantes de la anorexia de poder de las enfermeras en la toma de decisiones, es que se priva a los pacientes de beneficiarse de su conocimiento y experiencia, tal y como apuntaba Miró-Bonet (2014). El rol de la enfermera es esencial en la toma de decisiones y como defensora de los pacientes (Murillo Pérez et al., 2014).

De este estudio se desprende la necesidad de empoderar la práctica ética enfermera en nuestro contexto sociosanitario, y la deliberación moral entre los miembros del equipo, incluyendo a los/as pacientes y familia, con el fin de que los derechos y deseos de los/as pacientes prevalezcan y se respeten.

9.4 Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que se describen a continuación:

En la parte cualitativa cabe destacar que una de las posibles limitaciones es que dado el carácter exploratorio del estudio, y que la parada cardiorrespiratoria puede suceder en cualquier contexto, se incluyó a profesionales de distintos servicios y ámbitos asistenciales. Sería interesante que ulteriores estudios se centraran en profesionales de cuidados intensivos, urgencias y emergencias por ser quienes pueden presentar conocimiento más profundo del proceso de RCP.

Por otro lado, dado que este estudio se ha desarrollado en un contexto determinado, no es posible generalizar estos hallazgos a otros lugares. Sin embargo, las perspectivas de estos participantes pueden ayudarnos a entender cómo se construye el significado del rol de las enfermeras en base a los valores y normas sociales de todas las personas involucradas en un paro cardíaco dentro del entorno español.

En relación a la parte cuantitativa, la principal limitación del estudio de validación del cuestionario CAEPCR fue el alfa de Cronbach del cuestionario de actitudes, que no alcanzó el valor ideal de 0,70. Según autores como (Huh, Delorme & Reid, 2006), el valor de fiabilidad en un estudio exploratorio debería ser superior a 0,6, alcanzando un mínimo de 0,7 en los estudios no exploratorios, con lo que se alcanzaría el nivel de fiabilidad necesario, aunque no óptimo. Se analizará de nuevo en futuros estudios.

Por otro lado, y ya que las actitudes no han sido evaluadas por componente sino analizadas por pruebas múltiples (como lo hicieron otros autores anteriormente), por lo que los resultados presentados deben interpretarse con cierta cautela.

A pesar de estas limitaciones, se considera que este estudio constituye una herramienta útil, que cubre un vacío previo en la literatura científica, y que puede ser un punto de partida para mejorar la práctica clínica respetando los derechos de los pacientes.

Por último, y en referencia a la revisión sistemática desarrollada acerca de la presencia de familiares durante la RCP, no está exenta de ciertas limitaciones. La mayoría de los estudios incluidos han sido desarrollados en unidades de cuidados intensivos y en servicios de urgencias. Considerando que la parada cardiorrespiratoria puede suceder en cualquier lugar, es necesaria la realización de estudios primarios exploratorios en otros entornos hospitalarios. Sería necesaria por otro lado, más investigación que aborde la perspectiva de los y las pacientes, dado que sólo tres de las doce revisiones sistemáticas incluidas en esta umbrella review contemplaban este aspecto.

Una de las principales limitaciones es el hecho de que la mayoría de estudios originales analizados en las revisiones sistemáticas incluidas en este estudio habían sido desarrollados en EEUU, país en el que la RCP presenciada es una práctica extendida y aceptada por una gran parte de profesionales de la salud y de la población general. Sin embargo, no se han encontrado revisiones sistemáticas que incluyan estudios primarios realizados en países asiáticos o latinos. A pesar de que se han publicado dos revisiones sistemáticas desarrolladas por investigadores brasileños (Barreto, Peruzzo, Garcia-Vivar, & Marcon, 2019; Ferreira et al., 2014) los principales estudios que incluyen se han desarrollado en otros países. Es necesaria por lo tanto más investigación original y de revisión en estos países donde la reanimación cardiopulmonar presenciada es aún una práctica poco frecuente. Por otro lado, señalar que sólo una de las 12 revisiones sistemáticas incluidas en este estudio revisó artículos publicados en un idioma distinto al inglés (portugués o español) (Ferreira et al., 2014), lo que podría ser otra limitación.

Es necesario comprender las diferencias socioculturales existentes entre los países latinos y anglosajones. Como explicó Walter (2012) en su artículo titulado: "Por qué los diferentes países manejan la muerte de manera diferente: un análisis comparativo de las sociedades urbanas modernas", la cultura tiene una influencia clave. Por ejemplo, el hecho de que los y la profesionales sean empleados del Estado, o contratados por el sector privado o el hecho de que el seguro médico sea universal o no, son factores que pueden influir en las diferentes percepciones de la salud de la sociedad, y por ende influye también en cómo desarrollan finalmente los y las pacientes su derecho de autonomía.

10. Capítulo VIII: Conclusiones

“No decision about me, without me”

Ruth Chadwick

The conclusions of this doctoral thesis are based on the exploration of the role of the nurse towards the bioethical aspects that circumscribe the PCR, carried out through the different articles presented:

Objective 1

All of the available evidence supports allowing families to be present during CPR, although educational and cultural backgrounds influence healthcare professionals' experiences and attitudes towards this practice. It is necessary to integrate the presence of family members into the curriculum and to train emergency personnel in this context. Furthermore, the general population need to be aware of the practice.

Moreover, policies need to be designed to respect the rights and wishes of the family and patients, and to facilitate FPDR by health professionals.

Objectives 2 and 3

CAEPCR questionnaire is the first which successfully linked knowledge and skills of cardiopulmonary resuscitation to the staff's attitudes towards ethical issues.

The strength of this study is that it delves into an important gap in the scientific literature and provides a tool that allows assessing both the knowledge and the attitude towards the ethical aspects in the cardio respiratory arrest. It could be useful for identify those professional who need a refresher course, and to detect ethical issues in the clinical practice.

In addition, health policies should ensure that CPR training is mandatory for healthcare workers, emphasizing ethical aspects.

Objective 4

Within Spain, nurses are made invisible in ethical decision-making involving cardiac arrests and CPR. Although the perspective that nurses are the people who are aware of the explicit wishes of patients is key within the interdisciplinary team to safeguard patients' well-being, in the majority of cases, their role is limited to that of intermediaries between the physician and the family, without playing an active role in decision-making and fully engaging in advocacy. In the case of patients, they are still relegated to the sidelines.

Information is deliberately hidden from patients, as a pact of silence in which all the health professionals and the family are paternalistic accomplices in the quest to protect them and spare them from suffering.

When patients' conditions prevent them from expressing their will, the nurse's role as knowledgeable about the patients' wishes may possibly be fundamental to safeguarding their rights. It is necessary for nurses to

take an active role in decision-making and advocacy as a member of the interdisciplinary team, in order to safeguard the patients' rights.

Objective 5

CPR is a social construct influenced by values and perceptions located in specific sociocultural contexts. In this study, patients and relatives described fear and resistance to witness CPR in adult patients. For their part, health professionals in Osakidetza consider that it is an unusual practice and that their decision is complex, being necessary to assess each case independently.

In addition, they propose to facilitate, to the extent possible, decision-making in a shared and informed manner.

Contrary to what happens in the hospital, considered as a "social subsystem," the home and the street emerge as facilitators of the presence of family members during CPR. The lack of physical space is a contextual component that determines per se the possibility of developing a witnessed CPR.

Training of health professionals should take into account contextual aspects, power relations and bioethical legal issues, as well as communication in extreme circumstances.

This study collects the perception of patients, family members, nurses and physicians. Therefore, it can serve as a reference for the development of research and health policies that support holistic care for patients and families, respecting bioethical principles. As future lines of research, it would be advisable to deepen the subjective experience of family members who have witnessed CPR and the impact of contextual and socio-cultural elements on their perceptions.

11. Líneas de investigación futuras

*«El conocimiento no es una vasija que se llena,
sino un fuego que se enciende».*

Plutarco

La realización de esta tesis doctoral, ha dado respuesta a los objetivos planteados, pero abre a su vez otras líneas de investigación, que se hace necesario abordar en posteriores proyectos.

El cuestionario de conocimientos teórico-prácticos y actitudes ante los aspectos bioéticos que circunscriben la PCR, abre una primera línea de investigación al evidenciar que existe relación entre los conocimientos y las actitudes de los/as profesionales. Se debería incluir formación sobre bioética en la PCR (tanto en la formación universitaria de pregrado, como en los reciclajes de formación continuada) y evaluar su impacto en las actitudes de los/as profesionales de la Salud. En esta misma línea, la adaptación transcultural del cuestionario CAEPCR a otras lenguas permitiría el desarrollo de estudios comparativos con otros países y distintos contextos socioculturales.

Una segunda línea de investigación probable, sería aquella que se basa en que los/as profesionales participantes en el presente estudio, consideran la RCP presenciada como una decisión que reviste una alta complejidad, ya que existen una serie de riesgos y beneficios que hay que valorar. Sería necesario, por ello, realizar ulteriores estudios longitudinales que exploren el impacto psicológico que supone para los familiares presenciar las maniobras, así como en qué medida podrían apoyarles los/as profesionales durante su desarrollo. Se podría valorar también cómo influyen las diferencias culturales y religiosas en un país multicultural como España.

Y, por último, se plantea una tercera línea de investigación en la que a través de un estudio de intervención formativa se trabaje en la implantación de la RCP presenciada en nuestro contexto sociosanitario, evaluando las actitudes antes y después de dicha formación.

12. Referencias bibliográficas

- Abella, B., Sandbo, N., Vassilatos, P., Alvarado, J., O’Hearn, N., Wigder, H. N., et al (2005). Chest Compression Rates During Cardiopulmonary Resuscitation Are Suboptimal. A Prospective Study During In-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*, *111*(4). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.0000153811.84257.59>
- Alonso-Renedo, F. J., González-Ercilla, L., & Iráizoz-Apezteguía, I. (2014). El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, *49*(5), 228–234. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.11.005>
- American Association of Critical-Care Nurses. (2007). Family presence during CPR and invasive procedures. *American Journal of Critical Care*, *16*(4), 283–284.
- Arauzo, V., Trenado, J., Busqueta, G., & Quintana, S. (2010). Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Medicina Clínica*, *134*(10), 448–451.
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*, *13*(3), 132–140.
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual. The Joanna Briggs Institute. Chapter 10: Umbrella Reviews.* (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Asencio-Gutiérrez, J., & Reguera-Burgos, I. M. (2017). La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.01.002>
- Atwood, C., Eisenberg, M. S., Herlitz, J., & Rea, T. D. (2005). Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, *67*, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.03.021>
- Axelsson, Å. B., Fridlund, B., Moons, P., Mårtensson, J., Scholte, W., Smith, K., et al. (2010). European cardiovascular nurses’ experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *9*(1), 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.001>

- Balcázar-Rincón, L. E., Mendoza-Solís, L. A., & Ramirez-Alcántara, Y. L. (2015). Reanimación cardiopulmonar : nivel de conocimientos entre el personal de un servicio de urgencias. *Rev Esp Med Quir*, *20*(2), 248–255.
- Ballesteros-Peña, S., Abecia-inchaurregui, L. C., & Echevarría-Orella, E. (2013). Factores asociados a la mortalidad extrahospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital en el País Vasco. *Rev Esp Cardiol*, *66*(4), 269–274.
- Barbero Gutierrez, J., Romeo Casabona, C., Gijón, P., & Júdez, J. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Medicina Clinica*, *117*(15), 586–594. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.016>
- Barreto, M. da S., Peruzzo, H. E., Garcia-Vivar, C., & Marcon, S. S. (2019). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP*, *53*, 1–13.
- Becker, C. A., Wright, G., & Schmit, K. (2017). Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Applied Nursing Research*, *33*, 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.006>
- Belpomme, V., Adnet, F., Mazariegos, I., Beardmore, M., Duchateau, F.-X., Mantz, J., & Ricard-Hibon, A. (2012). Family witnessed resuscitation: nationwide survey of 337 prehospital emergency teams in France. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, *1*, 1–5. <https://doi.org/10.1136/emermed-2012-201626>
- Benjamin, E., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A., et al (2017). Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, *135*(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485> PMID: 28122885
- Bhanji, F., Donoghue, A. J., Wolff, M. S., Flores, G. E., Halamek, L. P., Berman, J. M., ... Cheng, A. (2015). Part 14 : Education 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, *132*(suppl 2), 561–573. <https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000000268>
- Borbasi, S., Wotton, K., Redden, M., & Champan, Y. (2005). Letting go: a qualitative study of acute care and community nurses' perceptions of a “good” versus a “bad” death. *Australian Critical Care*, *18*(3), 104–113. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(05\)80011-6](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(05)80011-6)

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(May 2015), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brims, F. J. H., Kilminster, S., & Thomas, L. M. (2009). Resuscitation decisions among hospital physicians and intensivists. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 9(1), 16–20.
- Brink, P. (2014). Examining do-not-resuscitate orders among newly admitted residents of long-term care facilities. *Palliative Care*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.4137/PCRT.S13042>
- Bueno Muñoz, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: Aproximación a una visión de conjunto. *Enferm Intensiva*, 24(4), 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003>
- Cabré Pericas, L., Abizanda Campos, R., Baigorri González, F., Blanch Torra, L., Campos Romero, J. M., Iribarren Diarasarri, S et al (2006). Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva*, 30(2), 68–73. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(06\)74471-0](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(06)74471-0)
- Cabré Pericas, L., Solsona Durán, J. F., & Grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. (2002). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*, 26(6), 304–311. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(02\)79792-1](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(02)79792-1)
- Campbell, J. P. (1976). Psychometric theory. *Handbook of industrial and organizational psychology*, 185, 222.
- Campbell, R. (2011). Do not attempt cardiopulmonary resuscitation. *J r Coll Physicians Edinb*, 47(June), 2. <https://doi.org/10.4997/JrcPe.2017.110>
- Casarett Dj, Stocking CB, S. M. (1999). Would Physicians Override a Do-Not-Resuscitate Order When a Cardiac Arrest Is Iatrogenic? *J Gen Intern Med.*, 14(1), 35–38. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00278.x>
- Cejudo López, Á., López López, B., Duarte Rodríguez, M., Crespo Serván, M., Coronado Illescas, C., & De la Fuente Rodríguez, C. (2015). El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*, 25(3), 124–132.
- Chadwick, R., & Gallagher, A. (1991). Ethics and nursing practice. (PALGRAVE, Ed.) (2ND Editio).
- Chamberlain, D., & Hazinski, M. (2003). Education in resuscitation. *Resucitation*, 59, 11–43.

- Chan, P., Krumholz, H., Nichol, G., Nallamothu, B., & The American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. (2008). Delayed time to defibrillation after In-Hospital Cardiac Arrest. *The New England Journal of Medicine*, 358(1), 9–17. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1109400>.
- Cherniack, E. P. (2002). Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? *J Med Ethics*, 28, 303–307. <https://doi.org/10.1136/jme.29.6.372>.
- Chocarro González, L., González Fernández, R., Salvadores Fuentes, P., & Venturini Medina, C. (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Medicina Paliativa*, 19(4), 148–154.
- Comisión Sociosanitaria de Comités de ética de Euskadi. (2018). Recomendaciones de la Comisión Sociosanitaria de Comités de ética de Euskadi. Órdenes de No intentar la Resucitación Cardiopulmonar. *Open Etikomin*. <https://doi.org/https://sites.google.com/a/etikomin.net/open-etikomin/system/app/pages/search?scope=search-site&q=ONIR>.
- Consejo General de Colegios de Enfermería. (1989). Código deontológico de la enfermería española. Resolución nº 32/89, del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio.
- Cook, I., Kirkup, A. L., Langham, L. J., Malik, M. A., Marlow, G., & Sammy, I. (2017). End of Life Care and Do Not Resuscitate Orders: How Much Does Age Influence Decision Making? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 3, 1–17. <https://doi.org/10.1177/2333721417713422>.
- Correa Fernández, A., Santamaría Abad, A., & Eiros Bouza, J. (2013). La presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar: revisión bibliográfica. *Metas de Enfermería*, 16(3), 64–69. Retrieved from <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2015/pagina12.html>.
- Cypress, B. S., & Frederickson, K. (2017). Family Presence in the Intensive Care Unit and Emergency Department : A Metasynthesis. *Journal of Family Theory & Review*, 9(June), 201–218. <https://doi.org/10.1111/jftr.12193>.
- Da Silva Lisboa, N., da Silva Borges, M., & Sadi Monteiro, P. (2016). Assessment of the knowledge of nurses on post-cardiopulmonary arrest care. *Journal of Nursing UFPE*,

10(10), 3778–3786.

Dal, U., & Sarpkaya, D. (2013). Knowledge and psychomotor skills of nursing students in North Cyprus in the area of cardiopulmonary resuscitation. *Pak J Med Sci*, 29(4), 966–971.

De Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers Catalunya. (2013). *Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya*. Barcelona. Retrieved from <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2013-Codi-dÈtica-de-les-infermeres-i-infermers-de-Catalunya..pdf>.

De la Chica, R., Colmenero, M., Chavero, M. J., Muñoz, V., Tuero, G., & Rodríguez, M. (2010). Factores pronósticos de mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Medicina Intensiva*, 34(3), 161–169. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.11.003>.

De la Flor Magdaleno, B., Castelo Tarrío, I., Andetxaga Vivanco, I., Peláez Corres, N., Gil Martín, F., & Aguirre Goitia, A. (2006). Presencia familiar durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar: estudio en el ámbito extrahospitalario de la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias*, 18, 135–143. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2020026>.

De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-barnes, N., Lapostolle, F., ... Adnet, F. (2016). Family Presence during Resuscitation : A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PLoS ONE*, 11(6), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156100>.

Departamento de Sanidad. Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas (2003).

Donchin, A., & Scully, J. (2015). Feminist Bioethics. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/entries/feminist-bioethics/>.

Dow, S. (1997). Pluralism in Economics: New Perspectives in History and Methodology. In *Methodological pluralism and pluralism of method. Pluralism in economics: New perspectives in history and methodology* (pp. 89–99).

Doyle, C. J., Post, H., Burney, R. E., Maino, J., Keefe, M., Rhee, K. J., ... Michigan, A. A. (1987). Family participation during resuscitation: An option. *Annals of Emergency*

Medicine, 16(6), 673–675. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(87\)80069-0](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(87)80069-0).

Dwyer, T. (2009). Balancing staff and family presence during resuscitation. CENA International Conference for Emergency Nursing. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 171.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2006). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra. Retrieved from <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>.

Engel, K., Barnosky, A., Berry-Bovia, M., Desmond, J., & Ubel, P. (2007). Provider Experience and Attitudes toward Family Presence during Resuscitation Procedures. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1007–1009. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0096>.

España. Jefatura del estado. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial Del Estado*, 274, 40126–40132. Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>.

Fallowfield, L., Jenkins, V., & Beveridge, H. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16(4), 297–303. <https://doi.org/10.1191/0269216302pm575oa>.

Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P., ... Duvaldestin, P. (2003). Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(10), 1310–1315. <https://doi.org/10.1164/rccm.200207-752OC>.

Ferreira, C. A., Blabino, F. S., Balieiro, M., & Mandetta, M. (2014). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. *Rev Paul Pediatr*, 32(1), 107–113.

Field, M., & Cassel, C. (1997). *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. (N. A. Press, Ed.). Washington DC.

Finlay, L. (2002). “Outing” the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531–545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>.

Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of*

Advanced Nursing, 64(6), 615–624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04828.x>.

Forman, E., & Ladd, R. (2012). Why Not A Slow Code. *American Medical Association Journal of Ethics*, 14(10), 759–762. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2010.12.8.medu1-1008>.

Formiga, H., Nunes, E., Bezerra, K., Dos Santos Nery, J., Segundo, M., Bosco, M., ... Ferreira, A. (2017). Cardiopulmonary Re-Immonation (CPR): How Long Should A Person Insist On Performing The Maneuvers? *International Archives of Medicine*, 10(136), 1–10. <https://doi.org/10.3823/2406>.

Fulbrook, P., Albarran, J. W., & Latour, J. M. (2005). A European survey of critical care nurses ' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 557–568. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012>.

Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf de W, L. F., Devictor, D., & Norekvål, T. (2007). The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation Working Group. The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal . *The World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86–88.

Gallagher Camden, S. (2009). Ethical Issues Ethical Realities of Bariatric Nursing: A Case Study Approach to Real-World Dilemmas. Part 1: the Georgetown Mantra-A framework for debate. *Bariatric Nursing*, 4(2), 103–108.

Gamell Fullá, A., Corniero Alonso, P., Parra Cotanda, C., Trenchs Sainz De La Maza, V., & Luaces Cubells, C. (2010). ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España. *Anales de Pediatría*. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.11.014>.

Giles, T., de Lacey, S., & Muir-Cochrane, E. (2016). Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2706–2717. <https://doi.org/10.1111/jan.13046>.

Goldberger, Z. D., Nallamotheu, B. K., Nichol, G., Chan, P. S., Curtis, J. R., & Cooke, C. R. (2015). Policies allowing family presence during resuscitation and patterns of care during in-hospital cardiac arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(3), 226–234. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001272>.

- Gombotz, H., Weh, B., Mitterndorfer, W., & Rehak, P. (2006a). In-hospital cardiac resuscitation outside the ICU by nursing staff equipped with automated external defibrillators-The first 500 cases. *Resuscitation*, *70*(3), 416–422. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.02.006>.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, *10*(117), 18–23. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7).
- Grice, A. S., Picton, P., & Deakin, C. D. S. (2003). Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia*, *91*(6), 820–824. <https://doi.org/10.1093/bja/aeg276>.
- Günes, U. Y., & Zaybak, A. (2009). A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 2907–2915. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02826.x>.
- Hasselqvist-Ax, I., Riva, G., Herlitz, J., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., Nordberg, P., ... Svensson, L. (2015). Early Cardiopulmonary Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The New England Journal of Medicine Original*, *372*(24), 2307–2315. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1405796>.
- Hawryluck, L., Oczkowski, S. J. ., & Handelman, M. (2016). “Must do CPR??”: strategies to cope with the new College of Physicians and Surgeons of Ontario policy on end-of-life care. *Canadian Journal of Anesthesia*, *63*(8), 973–980. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0665-3>.
- Hayes, B. (2013). Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making. *Internal Medicine Journal*, *43*(1), 77–83. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2012.02841.x>.
- Heng, K. W., Fong, M. K., Wee, F. C., & Anantharaman, V. (2011). The role of nurses in the resuscitation of in-hospital cardiac arrests. *Singapore Medical Journal*, *52*(8), 611–615.
- Herrera, M., López, F., González, H., Domínguez, P., García, C., & Bocanegra, C. (2010). Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). *Med Intensiva*, *34*(3), 170–181.
- Herreros, B., Palacios, G., & Pacho, E. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española*, *212*(3), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.016>.

- Higgins, J., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Cochrane Book Series, Ed.). Retrieved from <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1>.
- Hold, J. L. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/0969733015602051>.
- Holmberg, M., Holmberg, S., & Herlitz, J. (2001). Factors modifying the effect of bystander cardiopulmonary resuscitation on survival in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *European Heart Journal*, 22, 511–519. <https://doi.org/10.1053/euhj.2000.2421>.
- Huh J, Delorme D, Reid L. 2006. Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs* 40(1):90-116
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., ... Adnet, F. (2013). Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008–1018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366>.
- Jameton, A. (2013). A Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 297–308. <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>.
- Jimenez-Herrera, M. F., & Axelsson, C. (2014). Some ethical conflicts in emergency care. *Nursing Ethics*, 22(5), 1–13. <https://doi.org/10.1177/0969733014549880>.
- Källestedt, M. L. S., Berglund, A., Herlitz, J., Leppert, J., & Enlund, M. (2012). The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(26), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-20-26>.
- Karine Gravel, France Legare, & Ian Graham. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, 1(1), 1–16.
- Kirchhoff, C., Stegmaier, J., Buhmann, S., Leidel, B. A., Biberthaler, P., Mutschler, W., & Kanz, K. (2007). Trauma surgeons' attitude towards family presence during trauma resuscitation: A nationwide survey. *Resuscitation*, 75, 267—275 CLINICAL. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.04.015>.
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family-witnessed resuscitation

– experience and attitude of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241–250.

Koch, T., & Harrington, a. (1998). Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 882–890. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00725.x>.

Koster, R. W., Baubin, M. A., Bossaert, L. L., Caballero, A., Cassan, P., Castrén, M., et al (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2 . Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*, 81, 1277–1292. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.009>

Kring, D. L. (2006). An Exploration of the Good Death. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 12–24.

Krumholz, H. M., Phillips, R. S., Hamel, M. B., Teno, J. M., Bellamy, P., Broste, S. K., et al (1998). Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from the SUPPORT project. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Circulation*, 98(7), 648–655.

Landeta, J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change.*, 73(5), 467–482.

Leske, J. S., McAndrew, N. S., & Brasel, K. J. (2013). Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 20(2), 77–85. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31829600a8>

Liaschenko, J. (1994). The moral geography of home care. *Advances in Nursing Science*.

Liaschenko, J. (2008). Nursing and Health Care Ethics. A Legacy and a vision. In *American Nurses association*.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., et al (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions : Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine* |, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

Lind, A. (1989). Hospitals and hospices: feminist decisions about care for the dying. *Healing Technology: Feminist Perspectives*, 263.

Lindemann, H., Verkerk, M., & Urban Walker, M. (2009). *Naturalized Bioethics*. (Cambridge

University Press, Ed.). Cambridge.

- Lippert, F. K., Raffay, V., Georgiou, M., Steen, P. A., & Bossaert, L. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, *81*(10), 1445–1451.
- Loma-Osorio, P., Aboal, J., Sanz, M., Caballero, Á., Vila, M., Lorente, V., et al. (2013). Características clínicas, pronóstico vital y funcional de los pacientes supervivientes a una muerte súbita extrahospitalaria ingresados en cinco unidades de cuidados intensivos cardiológicos. *Rev Esp Cardiol.*, *66*(8), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.03.013>
- López Messa, J. B. (2010). Paro cardiaco hospitalario. Señales de cambio. *Medicina Intensiva*, *34*(3), 159–160. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.01.006>
- Luce JM, D. B. (2009). A history of Ethics and Law n the Intensive Care Unit. *Postgraduate Medical Journal*, *25*(1), 221–237.
- Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, *16*(5), 268–274.
- Machado Álvarez, M. de la C., Roque González, R., Barrios Osuna, I., Nodal Ortega, J., Olive González, J. B., & Quintana Pajón, I. (2010). Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, *9*(2), 24–35. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1726-67182010000200004&script=sci_arttext&tlng=en
- Macy, C., Lampe, E., Neil, B. O., Swor, R., Zalenski, R., & Compton, S. (2006). The relationship between the hospital setting and perceptions of family-witnessed resuscitation in the emergency department. *Resuscitation*, *70*, 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.11.013>
- Madden, E., & Condon, C. (2007). Emergency Nurses' Current Practices and Understanding of Family Presence During CPR. *Journal of Emergency Nursing*, *33*(3), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.06.024>
- Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C., Sperry, J., Vinson, L., Hicks, B., ... Scott, S. (2005). Family presence: Making Room. *AJN*, *105*(5).

- Marco, C. (2005). Ethical issues of resuscitation: an American perspective. *Postgrad Med J*, *81*, 608–613. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.030429>
- Martínez Moreno, C., Cordero Castro, C., Palacios Cuesta, A., Blázquez Gamero, D., & Marín Ferrer, M. M. (2012). Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. *Anales de Pediatría*, *77*(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.11.022>
- Martino Alba, R., & Monleón Luque, M. (2009). Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado. *Medicina Paliativa*, *16*(1), 5–5.
- McAlvin, S. S., & Carew-lyons, A. (2014). Family Presence During Resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: A systematic review. *American Journal of Critical Care*, *23*(6). Retrieved from <http://ajcc.aacnjournals.org/> by
- McClement, S. E., Fallis, W. M., & Pereira, A. (2009). Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, *41*(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x>
- Medina-Hernando, B., & Martínez-Ávila, M. (2013). Conocimientos y capacitación autopercebida para la reanimación cardiopulmonar. *Metas de Enfermería*, *16*(2), 12–17.
- Mentzelopoulos, S. D., Bossaert, L., Raffay, V., Askitopoulou, H., Perkins, G. D., Greif, R., et al. (2016). A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries. *Resuscitation*, *100*, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.12.010>
- Merhy, E. E. (2002). a Cartografia Do Trabalho Vivo. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(8), 1953–1957. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800023>
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., & Guzzeta, C. E. (1998). Do families want to be present during CPR ? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing*, *24*(5), 400–405.
- Meyers, T., Eichhorn, D., Guzzeta, C., Clarck, A., Klein, J., & Taliaferro, E. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *American Journal of Nursing*, *100*, 32–42.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J., & Tancredi, D. (2007). Impact of a Multifaceted Intervention on Nurses' and Physicians' Attitudes and Behaviors Toward Family Presence During Resuscitation. *Critical Care Nurse*, *27*(1), 52–61. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00136.x>

- Miró-Bonet, M., Bover-Bover, A., Moreno-Mulet, C., Miró-Bonet, R., & Zaforteza-Lallemand, C. (2014). Genealogy as a critical toolbox: Deconstructing the professional identity of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(4), 768–776. <https://doi.org/10.1111/jan.12236>
- Mohammed, S., & Peter, E. (2009). Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nursing Ethics*, *16*(3), 292–302. <https://doi.org/10.1177/0969733009102691>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, *4*, 1–9. Retrieved from <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1>
- Monsieurs, K., Nolan, J., Bossaert, L., Greiff, R., Maconochie, I. K., Nikolaoui, N., ... Council, on behalf of the E. G. 2015 W. G. R. (2015). Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1: Resumen Ejecutivo. *Resuscitation*. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
- Monzón, J. L., Saralegui, I., Molina, R., Abizanda, R., Cruz Martín, M., Cabré, L., ... Masnou, N. (2010). Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Medicina Intensiva*, *34*(8), 534–549. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.04.013>
- Moreno, R. P., Ayala Torales, S., García Roig, C., Araguas, J., Caprotta, G., Carbone, A., et al. (2008). Opinión de los padres y cuidadores de niños internados acerca de su presencia durante la realización de procedimientos invasivos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *106*(2), 110–118. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v106n2/v106n2a04.pdf>
- Morse, J. M. (2003). Toward Holism: The Significance of Methodological Pluralism. *International Journal of Qualitative Methods* 2003, *2*(3), 13–20. <https://doi.org/10.1177/160940690300200302>
- Mortelmans, L. J. M., Cas, W. M. F., Van Hellemond, P. L. a, & De Cauwer, H. G. (2009). Should relatives witness resuscitation in the emergency department? The point of view of the Belgian Emergency Department staff. *European Journal of Emergency Medicine*, *16*(2), 87–91. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32830abe17>
- Mukamel, L., Mukamel, D. B., Ladd, H., & Temkin-Greener, H. (2013). Stability of cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders among long-term nursing home residents. *Medical Care*, *51*(8), 666–672. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829742b6>

- Muñoz-Camargo, J. C., Rodríguez-Barbero Velazquez, M., Muñoz-Martínez, M., Arévalo-Ramírez, A., Ruiz-López, J., & Rubio-Serrano, P. (2011). Conocimientos sobre Resucitación Cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes. *Metas de Enfermería*, 14(1), 10–15.
- Murillo Pérez, M. a, López López, C., Vela, S. T., Morales Sánchez, C., Orejana Martín, M., García Iglesias, M., et al (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva*, 25(4), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001>
- Neergaard, M., Olesen, F., Andersen, R., & Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 52–56.
- Niebroj, L. (2008). The origins of bioethics: advances in resuscitation techniques. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 59(SUPPL. 6), 515–522.
- Nodal Leyva, P. E., López Héctor, J. G., & De la Llera Domínguez, G. (2006). Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. *Rev Cubana Cir 2006*;, 45, 3–4.
- Nyman, J., & Sihvonen, M. (2000). Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation*, 47(2), 179–184. [https://doi.org/10.1016/S0300-9572\(00\)00226-4](https://doi.org/10.1016/S0300-9572(00)00226-4)
- O’Brien, M. M., Creamer, K. M., Hill, E. E., & Welham, J. (2002). Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses, and residents. *Pediatric Emergency Care*, 18(6), 409–413.
- O’Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. (C. U. Press, Ed.). Cambridge.
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors’ and nurses’ perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707–715. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x>
- Oczkowski, S. J., Mazzetti, I., Cupido, C., & Fox-Robichaud, A. E. (2015). The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care*, 3, 41. <https://doi.org/10.1186/s40560-015-0107-2>
- Oczkowski, S. J. W., Mazzetti, I., Cupido, C., & Fox-Robichaud, A. E. (2015). Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Canadian Respiratory Journal*, 22(4), 201–205.

- Olivetto De Almeida, A., Muglia Araújo, I. E., Barcellos Dalri, M. C., & Araujo, S. (2011). Conocimiento teórico de los enfermeros sobre parada cardiorrespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *19*(2). Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae
- Ong, M. E., Chung, W. ling, & Mei, J. S. (2007). Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population. *Resuscitation*, *73*, 103–108. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.08.007>
- Paplanus, L. M., Salmond, S. W., Jadotte, Y. T., & Viera, D. L. (2012). A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally – Part II: Perspectives of Healthcare Providers. *JBI Library of Systematic Reviews*, *10*(33), 2018–2294.
- Parlamento Vasco. (2016). Ley 11/2016, de 8 de Julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, (10\09\02\02\0014).
- Parsons, T. (1966). *El Sistema Social*. (Revista de Occidente, Ed.). Madrid.
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutierrez, M., & Palmar Santos, A. (2014). *Colección cuidados de salud avanzados. Investigación cualitativa*. (Elsevier, Ed.).
- Perales, N., Álvarez, J., & López, J. (2007). *Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar*. (B. E. Masson, Ed.) (Manual de).
- Pérez Pérez, F. M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*, *42*(8), 566–574.
- Peter, E., & Liaschenko, J. (2004). Perils of proximity: A spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry*, *11*(4), 218–225. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00236.x>
- Peter, E., Mohammed, S., & Simmonds, A. (2014). Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. *Nursing Ethics*, *21*(4), 461–472. <https://doi.org/10.1177/0969733013502804>
- Peter, E., & Storch, J. L. (2008). The CNA Code of Ethics for Registered Nurses. *Nursing Leadership*, *21*(2). <https://doi.org/10.12927/cjnl.2008.19872>
- Pettersson, M. (2016). Physicians' Experiences of Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders in

- Hematology and Oncology Care – A Qualitative Study. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 06(04), 4–11. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000275>
- Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499–503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
- Ponterotto, J., & Ruckdeschel, D. (2007). An overview of coefficient Alpha and a reliability matrix for estimating adequacy of Internal Consistency coefficients with psychological research measures. *Perceptual and Motor Skills*, 105, 997–1014.
- Porter, J., Dip, G., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2012). Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *International Emergency Nursing*, 21(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.04.002>
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing*, 22(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.07.001>
- Powers, K. A. (2017). Educational Interventions to Improve Support for Family Presence During Resuscitation A Systematic Review of the Literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(2), 125–138. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000228>
- Püttgen, H. A., & Geocadin, R. (2007). Predicting neurological outcome following cardiac arrest. *Journal of the Neurological Sciences*, 261, 108–117. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2007.04.041>
- Pyl, N., & Menard, P. (2012). Evaluation of nurses' perceptions on providing patient decision support with cardiopulmonary resuscitation. *ISRN Nursing*, 2012, 8. <https://doi.org/10.5402/2012/591541>
- Quenot, J., Ecartot, F., Meunier-beillard, N., Dargent, A., Large, A., Andreu, P., & Rigaud, J. (2017). What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Annals of Translational Medicine*, 5(4), 1–7. <https://doi.org/10.21037/atm.2017.04.44>
- Reich, W. (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. (N. Y. F. Press, Ed.).
- Rittenmeyer, L., & Huffman, D. (2012). How Families and Health Care Practitioners Experience Family Presence during Resuscitation and Invasive Procedures. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(31), 1785–1882.

- Robinson, E. M. (2002). An ethical analysis of cardiopulmonary resuscitation for elders in acute care. *AACN Clinical Issues*, 13(1), 132–144. <https://doi.org/10.1097/00044067-200202000-00013>
- Rosell Ortiz, F., Mellado Vergel, F., López Messa, J. B., Fernández Valle, P., Ruiz Montero, M. M., Martínez Lara, M., et al (2016). Supervivencia y estado neurológico tras muerte súbita cardiaca extrahospitalaria . Resultados del Registro Andaluz de Parada Cardiorrespiratoria Extrahospitalaria. *Rev Esp Cardiol*, 69(5), 494–500. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.09.027>
- Roth, P. A. (1987). *Meaning and method in the social sciences: A case for methodological pluralism*. (Cornell University Press, Ed.).
- Rubio, O., Arnau, A., Cano, S., Subirà, C., Balerdi, B., Perea, M. E., et al (2018). Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: A multicenter prospective cohort study. *Journal of Intensive Care*, 6(24), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40560-018-0283-y>
- Sak-Dankosky, N., Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2014). Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 957–974. <https://doi.org/10.1111/jan.12276>
- Sánchez García, A., Fernández Alemán, J., Alonso Pérez, N., Hernández, H., Navarro Valverde, R., & Rosillo Castro, D. (2015). Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 14(3), 230–260. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84937043089&partnerID=tZOtx3y1>
- Sandroni, C., Nolan, J., Cavallaro, F., & Antonelli, M. (2007). In-hospital cardiac arrest: Incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med*, 33(2), 237–245. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0326-z>
- Santana Cabrera, L., Gil Hernández, N., Méndez Santana, A., Marrero Sosa, I., Alayón Cabrera, S., Martín González, J. C., & Sánchez Palacios, M. (2010). Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.06.001>

- Santos González, G., Jiménez Tomás, R., & Sánchez Etxaniz, J. (2010). Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. *Emergencias*, 22(3), 175–180. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3224172&info=resumen&idioma=SPA>
- Saralegui Reta, I., & Monzón Marín, J. L. (2006). Aclaraciones acerca de las voluntades anticipadas. *Medicina Clínica*, 127(16), 637–638. <https://doi.org/10.1157/13094426>
- Schluep, M., Rijkenberg, S., Stolker, R., Hoeks, S., & Endeman, H. (2018). One-year mortality of patients admitted to the intensive care unit after in-hospital cardiac arrest: a retrospective study. *Journal of Critical Care*, 48, 345–351.
- Schneider, G., & Snell, L. (2000). C.A.R.E.: An approach for teaching ethics in medicine. *Social Science and Medicine*, 51(10), 1563–1567.
- Semeraro, F., Wingen, S., Schroeder, D. C., Ecker, H., Scapigliati, A., Ristagno, G., & Böttiger, B. W. (2016). Kids save lives implementation in Europe: A survey through the ERC Research NET. *Resuscitation*, 107, e7–e9. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.08.014>
- Snider, G. L. (1991). State of the Art: The Do-Not-Resuscitate Order. Ethical and Legal Imperative or Medical Decision? *Am Rev Respir Dis*, 143, 665–674. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318212ba87>
- Socias Crespí, L., Cenicerós Rozalén, M. I., Rubio Roca, P., Martínez Cuellar, N., García Sánchez, A., Ripoll Vera, T., & Lesmes Serrano, A. (2015). Características epidemiológicas de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias registradas por el sistema de emergencias 061 (SAMU) de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (2009-2012). *Medicina Intensiva*, 39(4), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.04.004>
- Solís-García Del Pozo, J., & Gómez-Pérez, I. (2013). La aplicación de las órdenes de no reanimación y la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados en Medicina Interna en un hospital comarcal. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.003>
- Solomon, M. Z., Sellers, D. E., Heller, K. S., Dokken, D. L., Levetown, M., Rushton, C., et al (2005). New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. *Pediatrics*, 116(4), 872–883. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0905>

- Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the “Planning” in Advance Care Planning: Preparing for End-of-Life Decision Making. *Annals of Internal Medicine*, *153*(4), 256–261. <https://doi.org/10.1059/0003-4819-153-4-201008170-00008>.Redefining
- Takala, T. (2001). What Is Wrong with Global Bioethics? On the Limitations of the Four Principles Approach. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *10*, 72–77.
- Tinsley, C., Hill, J. B., Shah, J., Zimmerman, G., Wilson, M., Freier, K., & Abd-Allah, S. (2008). Experience of Families During Cardiopulmonary Resuscitation in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics*, *122*(4), 799–804. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3650>
- Tíscar-González, V. (2014). Cuestionario sobre conocimientos y actitud de enfermería ante la PCR. Creación y grupo piloto. Trabajo final de máster. Universidad de Lleida. Retrieved from repositori.udl.cat
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health C*, *19*(6), 349–357.
- Toronto, C. E., & Larocco, S. A. (2019). Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation : An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, *28*, 32–46. <https://doi.org/10.1111/jocn.14649>
- Traudt, T., & Liaschenko, J. (2017). What Should Physicians Do When They Disagree, Clinically and Ethically, with a Surrogate’s Wishes? *AMA Journal of Ethics April*, *19*(6), 558–563. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.12.ecas1-1612>
- Urban, C. de A., Hoepers, R., Dasilva, I., & Junior, R. (2001). Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, *47*(3).
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, *135*(11), 507–511.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci.*, *20*(3), 282–292.
- Van den Burg, J. (1978). *Medical power and Medical Ethics*. (Norton, Ed.). New York.
- Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., Cardenete-Reyes, C.,

Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2018). Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nursing Ethics*, 25(7), 867–879. <https://doi.org/10.1177/0969733016679471>

Verkerk, M., Lindemann, H., Maeckelberghe, E., Feenstra, E., Hartoung, R., & Bree, M. De. (2004). Enhancing Reflection An Interpersonal Exercise in Ethics Education. *The Hastings Center Report*, 34(6), 31–38.

Vincent, C., & Lederman, Z. (2017). Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *Journal of Medical Ethics*, 0, 1–3. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103881>

Walker, M. (1998). *Moral understandings: a feminist study in ethics*. (Routledge, Ed.). New York.

Walter, T. (2012). *Why different countries manage death differently : a comparative analysis of modern urban societies*. *The British Journal of Sociology*, 63(1). <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2011.01396.x>

Wang, C., Chang, W., Huang, C., & Tsai, M. (2019). Factors associated with the decision to terminate resuscitation early for adult in-hospital cardiac arrest : Influence of family in an East Asian society. *PLoS ONE*, 14(3), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213168>

Weinacker, A. (2011). The “Slow Code” Should Be a “No Code.” *The American Journal of Bioethics*, 11(11), 27–29. <https://doi.org/10.1080/15265161.2011.608244>

Yanturali, S., Ersoy, G., Yuruktume, A., Aksay, E., Suner, S., Sonmez, Y., et al. (2005). A national survey of Turkish emergency physicians perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation A national survey of Turkish emergency physicians perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Int J Clin Pract*, 59(4), 441–446. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2004.00317.x>

13. Anexos

Anexo 1: Informe favorable del CEIC de la OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza)



**DE: DR. ANTONIO ESCOBAR MARTINEZ
SECRETARIO DEL CEIC H.U. BASURTO**

**A: Dña. VERONICA TISCAR GONZALEZ
REVILLA 2**

Bilbao, 16 de abril de 2014

Estimada Sra. Del Olmo:

Le comunicamos que en la reunión del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) celebrada el día **16 de ABRIL de 2014**, fue aprobado el estudio titulado:

**Actitud ante la PCR y conocimientos sobre RCP de las enfermeras de la
OSI Bilbao-Basurto**

**Dña. VERONICA TISCAR GONZALEZ
PABELLON REVILLA 2
MEDICINA DIGESTIVO**

Atentamente

**Fdo.: Dr. Antonio Escobar Martinez
SECRETARIO
CEIC OSI BILBAO BASURTO**

Anexo 2: Informe favorable CEIC Euskadi (Osakidetza)



INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DE EUSKADI (CEIC-E)

D^a. Iciar Alfonso Farnós como Vicepresidenta del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **Conocimientos y actitud de enfermería ante la Parada Cardiorrespiratoria (Aprobada 1^a y 2^a parte del estudio por CEIC BASURTO)**, Código interno: PI2015132

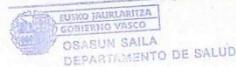
Versión del Protocolo: Versión: 2, 15/10/2015
Versión de la HIP: GENERAL / Versión: 2, 15/10/2015

Y que este Comité reunido el día 23/09/2015 (recogido en acta 08/2015) ha decidido emitir **informe favorable** a que dicho proyecto sea realizado por los siguientes investigadores:

- Verónica Tíscar *OSI BILBAO-BASURTO*

Lo que firmo en Vitoria, a 15 de octubre de 2015

Fdo:



15 OCT 2015

Euskadiko Ikerketa Klinikoetarako Batzorde Etikoa
Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E)

Dra. Iciar Alfonso Farnós
Vicepresidenta del CEIC de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC-E)

Nota: Una vez comenzado el estudio, se recuerda la obligación de enviar un **informe de seguimiento anual** y el **informe final** que incluya los resultados del estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente). Más información en la página web del CEIC-E:
https://apps.euskadi.eus/r85-pkfarm03/es/contenidos/informacion/ceic_proyectos_investigacion/es_ceic/proyectos_investigacion.html

Anexo 3: Checklist para la valoración crítica de Revisiones sistemáticas (JBI)



JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anexo 4: Hoja informativa y consentimiento informado de la técnica Delphi

Proyecto de investigación: Actitud ante la PCR y conocimientos sobre RCP de las enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto

La finalidad de la información que le proporcionamos es la de obtener su participación en el estudio titulado “Actitud ante la PCR y conocimientos sobre RCP de las enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto”.

El objetivo de este estudio es valorar, la actitud ante una PCR y evaluar el nivel de conocimientos de las enfermeras acerca de las recomendaciones de la ERC 2010. Para ello, se creará y validará un cuestionario. Con este fin se realizará una técnica Delphi con 10 expertos en el tema. Debido a su amplia experiencia nos gustaría contar con su participación en dicho estudio.

Se le enviará por correo electrónico el cuestionario y una herramienta para su evaluación. Dispondrá del plazo de una semana para realizar dicha evaluación. Los resultados de la primera ronda de expertos, serán evaluados y se enviará de nuevo el cuestionario en una segunda ronda para matizar los aspectos que precisen ser explorados con mayor profundidad. Por último, se reenviará el cuestionario en una tercera ronda para que de su conformidad.

Una vez finalizado el estudio, se le mantendrá al corriente tanto de los resultados del mismo, como de las publicaciones que de él se deriven.

Sus datos personales siempre serán tratados de forma confidencial, respetándose en todo momento los derechos y deberes que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y el RD 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Sólo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven de su participación en el mismo. El carácter de su participación será voluntario, teniendo en todo momento la posibilidad de retirarse del mismo.

Si le surge cualquier duda puede ponerse en contacto con el equipo de investigadores por correo electrónico vertisg@yahoo.es

Si llegado a este punto su decisión es la de no participar, sólo nos queda darle las gracias por el tiempo que nos ha concedido.

D./Dña.....con DNI/Tarjeta de Residente/ Pasaporte nº....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que:

Se me ha facilitado una hoja informativa sobre el estudio “Actitud y conocimientos de las recomendaciones de RCP de las Enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto” habiendo comprendido el significado del procedimiento.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas.
- He recibido suficiente información sobre la naturaleza y propósitos del estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Por tanto, habiendo comprendido la información recibida, deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio y para ello otorgo mi consentimiento informado firmando el presente documento.

Firma del/la participante:

En _____ a _____ de _____ de _____

Anexo 5: Hoja informativa y documento informado de los grupos de discusión

La finalidad de la información que le proporcionamos es la de obtener su participación en el estudio “Conocimientos y actitud de enfermería ante la Parada Cardiorrespiratoria (PCR)”.

El objetivo de este estudio es valorar cuál es el papel que debe desempeñar la enfermera como miembro del equipo multidisciplinar en la toma de decisiones en el contexto de la PCR.

Con este fin se realizarán varios grupos de discusión con aproximadamente 7-9 participantes.

Estará presente un moderador que facilitará que todos los participantes puedan manifestar libremente su opinión en un ambiente distendido. El grupo de discusión será grabado en audio y video para la posterior transcripción y análisis de datos, y tendrá una duración aproximada de 1h 30’.

Sus datos personales siempre serán tratados de forma confidencial, respetándose en todo momento los derechos y deberes que establece **la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y el RD 994/99** de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Tanto la grabación del grupo de discusión como la copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos. Sólo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven de su participación en el mismo. Estos datos no serán empleados con ningún fin distinto al mencionado previamente, de manera que servirán de forma exclusiva para el desarrollo de esta investigación.

Recuerde que:

- Tiene derecho a acceder a su información personal en todo momento
- Tiene derecho a rectificar su información personal, cuando considere que ésta es incompleta o inexacta.
- Puede solicitar que se eliminen sus datos personales cuando consideren que no están siendo utilizados o tratados conforme a las obligaciones y deberes contenidos tanto en la Ley como en su Reglamento.
- Tiene derecho a oponerse al uso de su información personal o exigir el cese del mismo.

Una vez finalizada su participación en el estudio y transcurrido el tiempo necesario que permita el análisis de los datos obtenidos, será informado de los resultados.

Si decide participar en el estudio debe saber que en todo momento el carácter de su participación será voluntario, teniendo en todo momento la posibilidad de retirarse del mismo.

Si le surge cualquier duda puede ponerse en contacto con el equipo de investigadores por correo electrónico: veronica.tiscargonzalez@osakidetza.net

D./Dña....., mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que:

Se me ha facilitado una hoja informativa sobre el estudio “Conocimientos y actitud de enfermería ante la Parada Cardiorrespiratoria (PCR)” habiendo comprendido el significado del procedimiento. Declaro que:

- He podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas.
- He recibido suficiente información tanto verbal como escrita sobre la naturaleza y propósitos del estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los cuidados proporcionados al paciente.
- No tiene obligación de contestar aquellas preguntas que no quiera contestar.

Por tanto, habiendo comprendido la información recibida, deseo manifestar mi voluntad de participar en el estudio y para ello otorgo mi consentimiento informado firmando el presente documento.

Firma del participante:

En _____ a _____ de _____ de _____

Anexo 6: Cuestionarios de los expertos/as

Primera y segunda ronda

Puntúe de 0 (nada válida) a 10 (muy válida):

- 1) Considera adecuado el cuestionario para alcanzar los objetivos citados
- 2) Identifica claramente las dimensiones que conforman el cuestionario
- 2) Eliminaría algunas de las dimensiones propuestas, por considerarla no significativa
- 3) En caso afirmativo, indique por favor cuál o cuáles
- 4) Incorporaría alguna dimensión indique por favor cuál o cuáles
- 5) ¿podría señalarnos algunos ítems que la conformarían?
- 6) Puntúe de 0 (nada válida) a 10 (muy válida), la adecuación de los ítems que conforman las diferentes dimensiones

Tercera ronda

Puntúe de 0 (nada válido) a 10 (muy válido)

- 1) Las modificaciones generales del cuestionario
- 2) El estilo y el formato del cuestionario

Anexo 7: Cuestionario CAEPCR (Versión 1)

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

- **Sexo:**

Mujer Hombre

- **Experiencia laboral:**

<5 años 5-10 años 11-15 años 16-20 años >20años

- **Tipo de contrato:**

Eventual/Interino Fijo laboral Fijo estatutario

- **Edad:**

- **Servicio en el que desempeña sus tareas:**

Unidad médica Unidad quirúrgica Servicio pediatría hospitalaria Consulta de pediatría de Atención Primaria Consulta Atención Primaria Otros Especificar

- **Última vez que recibió un curso de reciclaje en RCP:**

<6 meses 6 m- 1año 1-2 años >2 años Nunca

- **Última vez que tuvo que asistir una Parada Cardio respiratoria (PCR):**

<6 meses 6 m- 1año 1 -2 años >2 años Nunca

- **Cada cuanto tiempo considera necesario recibir formación de reciclaje de RCP:**

< 6 meses 6m-1 año 1 -2 años >2 años Nunca

Cuestionario conocimientos teórico-prácticos

Teniendo en cuenta las últimas recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) 2010 para RCP:

1. Le avisa un familiar de que un paciente está tirado en el suelo y no responde, su actuación sería:

1. Dar la voz de alarma
 2. Comprobar si respira
 3. Acercarse hacia él y comprobar si responde
 4. Iniciar RCP (compresión- ventilación)
-

2. Ha comprobado que el paciente realmente se encuentra inconsciente, por lo que su actuación en este momento sería:

1. Dar la voz de alarma
 2. Comprobar si respira
 3. Iniciar maniobras de RCP
 4. Reevaluarlo con regularidad
-

3. Tras comprobar la ausencia de respiración y pulso, llega a la conclusión de que el paciente se encuentra en Parada Cardio Respiratoria (PCR), por lo que se dispone a iniciar las maniobras de RCP. Para ello, debe conocer que la técnica de compresión torácica óptima comprende:

1. Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 100 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
 2. Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 60 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
 3. Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 100 por minuto y una profundidad de no más de 4 cm (para un adulto)
 4. Comprimir el pecho a una velocidad de no más de 60 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
-

4. La relación correcta compresión/ventilación en la RCP según las recomendaciones de la ERC 2010 es:

1. 2:15
 2. 15:2
 3. 2:30
 4. 30:2
-

5. Entre los cambios más importantes producidos en la actualización las guías de RCP cabe destacar:

1. La importancia de la realización temprana de compresiones torácicas sin interrupciones.

2. Las compresiones torácicas pueden detenerse el tiempo que sea preciso para asegurar la intubación del paciente
 3. Cobra importancia el papel del golpe precordial
 4. Se recomienda el uso de medicamentos a través del tubo traqueal
-

6. Durante el tratamiento de la parada cardiaca por Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), se administra 1 mg de adrenalina:

1. Después de la segunda descarga y repetir cada 3-5 minutos
 2. Después de la tercera descarga y repetir cada 3-5 minutos
 3. No se administra adrenalina sino atropina y repetir cada 3-5 minutos
 4. Después de la primera descarga y repetir cada 3-5 minutos
-

7. Con el fin de que las compresiones torácicas sean de buena calidad se recomienda siempre que sea posible:

1. Cambiar la persona que hace las compresiones torácicas cada 4 ciclos.
 2. No es necesario cambiar la persona que realiza las compresiones torácicas si ésta no se encuentra cansada.
 3. Se pueden interrumpir las compresiones brevemente para el descanso del reanimador
 4. Cambiar la persona que hace las compresiones torácicas cada 2 minutos, con la mínima interrupción
-

8. Después de realizar una desfibrilación se debe:

1. Reanudar la RCP inmediatamente después de la descarga si la desfibrilación no ha tenido éxito, sin valorar el ritmo ni palpar el pulso
 2. Valorar el ritmo y palpar el pulso antes de reanudar la RCP
 3. Sin valorar el ritmo ni palpar el pulso, reanudar la RCP inmediatamente tras la descarga, aunque la desfibrilación haya sido exitosa.
 4. Administrar adrenalina antes de reanudar la RCP
-

9. En cuanto a la vía de administración de medicamentos en una PCR, es cierto que:

1. Tanto la vía venosa como la intraósea son accesos preferibles a la vía traqueal para la administración de fármacos.
 2. Se prefiere la administración de adrenalina vía endotraqueal si la causa de la PCR ha sido respiratoria.
 3. Es recomendable colocar una aguja intraósea a pesar de que el paciente disponga de una vía periférica
 4. La vía de elección para la administración de adrenalina es la endotraqueal, por lo que se debe priorizar la intubación del paciente.
-

10. Los fármacos utilizados por vía intravenosa deben:

1. Seguirse al menos por un bolo de 20 ml de fluido
2. Seguirse al menos por un bolo de 5 ml de fluido

3. No es necesario que vayan seguidos por un bolo de fluido
 4. Diluirse únicamente en suero fisiológico
-

11. En una víctima de PCR por Fibrilación ventricular cuál es el tratamiento más efectivo:

1. Adrenalina IV
2. Golpe precordial
3. Desfibrilación
4. Intubación

Valore del 1 al 5, donde:

1. Muy en desacuerdo
2. Ligeramente en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Ligeramente de acuerdo
5. Muy de acuerdo

		1	2	3	4	5
1	Considera que tiene la preparación suficiente para llevar a cabo una RCP	<input type="radio"/>				
2	Considera que conoce el protocolo de actuación para llevar a cabo una RCP en su área de trabajo	<input type="radio"/>				
3	Considera que es responsabilidad personal estar preparado para poder llevar a cabo una RCP	<input type="radio"/>				
4	Considera que es responsabilidad de su centro de trabajo ofrecerle la formación para poder llevar a cabo una RCP	<input type="radio"/>				
5	Considera que fuera de su área de trabajo también tiene la obligación de iniciar una RCP	<input type="radio"/>				
6	Considera que la persona con más conocimientos y experiencia del equipo debería ser quién LIDERASE una RCP independientemente de ser médico o enfermera	<input type="radio"/>				
7	Considera que la RCP puede ser REALIZADA indistintamente por médicos y enfermeras	<input type="radio"/>				

8	Considera que el personal sanitario debe ser exclusivamente quien debe iniciar o no una RCP	<input type="radio"/>				
9	Considera oportuno que no se inicien las maniobras de RCP o se suspendan si se han comenzado cuando la probabilidad de secuelas neurológicas es elevada	<input type="radio"/>				
10	Considera que la presencia de familiares podría influir en su decisión de iniciar las maniobras de RCP	<input type="radio"/>				
11	Cree que la información que tiene USTED del paciente puede hacer que se pare la RCP	<input type="radio"/>				
12	Considera que la rapidez con la que inicie las maniobras de RCP puede disminuir el riesgo de daños neurológicos	<input type="radio"/>				
13	Considera necesario que los pacientes NO reanimables estén identificados (por ej. en el hospital o incluso en la historia de Atención Primaria)	<input type="radio"/>				
14	Considera necesario que los pacientes con más riesgo de precisar RCP estén identificados en el hospital	<input type="radio"/>				

Agradecemos sus observaciones/comentarios:

Anexo 8: Cuestionario CAEPCR (Versión 2)

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

- **Sexo:**

Mujer Hombre

- **Experiencia laboral:**

<5 años 5-10 años 11-15 años 16-20 años >20años

- **Tipo de contrato:**

Eventual/Interino Fijo laboral Fijo estatutario

- **Edad:**

- **Servicio en el que desempeña sus tareas:**

Unidad médica Unidad quirúrgica Servicio pediatría hospitalaria Consulta de pediatría de Atención Primaria Consulta Atención Primaria Otros Especificar

- **Última vez que recibió un curso de reciclaje en RCP:**

<6 meses 6 m- 1año 1-2 años >2 años Nunca

- **Última vez que tuvo que asistir una Parada Cardio respiratoria (PCR):**

<6 meses 6 m- 1año 1 -2 años >2 años Nunca

- **Cada cuanto tiempo considera necesario recibir formación de reciclaje de RCP:**

< 6 meses 6m-1 año 1 -2 años >2 años Nunca

Cuestionario conocimientos teórico-prácticos

Teniendo en cuenta las últimas recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) 2010 para RCP:

1. Le avisa un familiar de que un paciente está tirado en el suelo y no responde, su actuación sería:

1. Dar la voz de alarma
 2. Comprobar si respira
 3. Acercarse hacia él y comprobar si responde
 4. Iniciar RCP (compresión- ventilación)
-

2. Ha comprobado que el paciente realmente se encuentra inconsciente, por lo que su actuación en este momento sería:

1. Dar la voz de alarma
 2. Comprobar si respira
 3. Iniciar maniobras de RCP
 4. Reevaluarlo con regularidad
-

3. Tras comprobar la ausencia de respiración y pulso, llega a la conclusión de que el paciente se encuentra en Parada Cardio Respiratoria (PCR), por lo que se dispone a iniciar las maniobras de RCP. Para ello, debe conocer que la técnica de compresión torácica óptima comprende:

1. Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 100 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
 2. Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 60 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
 3. Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 100 por minuto y una profundidad de no más de 4 cm (para un adulto)
 4. Comprimir el pecho a una velocidad de no más de 60 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
-

4. La relación correcta compresión/ventilación en la RCP según las recomendaciones de la ERC 2010 es:

1. 2:15
 2. 15:2
 3. 2:30
 4. 30:2
-

5. Entre los cambios más importantes producidos en la actualización las guías de RCP cabe destacar:

1. La importancia de la realización temprana de compresiones torácicas sin interrupciones.
 2. Las compresiones torácicas pueden detenerse el tiempo que sea preciso para asegurar la intubación del paciente
 3. Cobra importancia el papel del golpe precordial
 4. Se recomienda el uso de medicamentos a través del tubo traqueal
-

6. Durante el tratamiento de la parada cardíaca por Fibrilación Ventricular (FV) o Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), se administra 1 mg de adrenalina:

1. Después de la segunda descarga y repetir cada 3-5 minutos
 2. Después de la tercera descarga y repetir cada 3-5 minutos
 3. No se administra adrenalina sino atropina y repetir cada 3-5 minutos
 4. Después de la primera descarga y repetir cada 3-5 minutos
-

7. Con el fin de que las compresiones torácicas sean de buena calidad se recomienda siempre que sea posible:

1. Cambiar la persona que hace las compresiones torácicas cada 4 ciclos.
 2. No es necesario cambiar la persona que realiza las compresiones torácicas si ésta no se encuentra cansada.
 3. Se pueden interrumpir las compresiones brevemente para el descanso del reanimador
 4. Cambiar la persona que hace las compresiones torácicas cada 2 minutos, con la mínima interrupción
-

8. Después de realizar una desfibrilación se debe:

1. Reanudar la RCP inmediatamente después de la descarga si la desfibrilación no ha tenido éxito, sin valorar el ritmo ni palpar el pulso
 2. Valorar el ritmo y palpar el pulso antes de reanudar la RCP
 3. Sin valorar el ritmo ni palpar el pulso, reanudar la RCP inmediatamente tras la descarga, aunque la desfibrilación haya sido exitosa.
 4. Administrar adrenalina antes de reanudar la RCP
-

9. En cuanto a la vía de administración de medicamentos en una PCR, es cierto que:

1. Tanto la vía venosa como la intraósea son accesos preferibles a la vía traqueal para la administración de fármacos.
 2. Se prefiere la administración de adrenalina vía endotraqueal si la causa de la PCR ha sido respiratoria.
 3. Es recomendable colocar una aguja intraósea a pesar de que el paciente disponga de una vía periférica
 4. La vía de elección para la administración de adrenalina es la endotraqueal, por lo que se debe priorizar la intubación del paciente.
-

10. Los fármacos utilizados por vía intravenosa deben:

1. Seguirse al menos por un bolo de 20 ml de fluido

2. Seguirse al menos por un bolo de 5 ml de fluido
 3. No es necesario que vayan seguidos por un bolo de fluido
 4. Diluirse únicamente en suero fisiológico
-

11. En una víctima de PCR por Fibrilación ventricular cuál es el tratamiento más efectivo:

1. Adrenalina IV
2. Golpe precordial
3. Desfibrilación
4. Intubación

Valore del 1 al 5, donde:

1. Muy en desacuerdo
2. Ligeramente en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Ligeramente de acuerdo
5. Muy de acuerdo

		1	2	3	4	5
1	Considera que tiene la preparación suficiente para llevar a cabo una RCP	<input type="radio"/>				
2	Considera que conoce el protocolo de actuación para llevar a cabo una RCP en su área de trabajo	<input type="radio"/>				
3	Considera que es responsabilidad personal estar preparado para poder llevar a cabo una RCP	<input type="radio"/>				
4	Considera que es responsabilidad de su centro de trabajo ofrecerle la formación para poder llevar a cabo una RCP	<input type="radio"/>				
5	Considera que la persona con más conocimientos y experiencia del equipo debería ser quién LIDERASE una RCP independientemente de ser médico o enfermera	<input type="radio"/>				
6	Considera que la RCP puede ser REALIZADA indistintamente por médicos y enfermeras	<input type="radio"/>				
7	No es necesario ser personal sanitario para iniciar o no una RCP	<input type="radio"/>				

8	Considera oportuno que no se inicien las maniobras de RCP o se suspendan si se han comenzado cuando la probabilidad de secuelas neurológicas es elevada	<input type="radio"/>				
9	Considera que la presencia de familiares podría influir en su decisión de iniciar las maniobras de RCP	<input type="radio"/>				
10	Cree que la información que tiene USTED del paciente puede hacer que se pare la RCP	<input type="radio"/>				
11	Considera necesario que los pacientes NO reanimables estén identificados (por ej. en el hospital o incluso en la historia de Atención Primaria)	<input type="radio"/>				
12	Considera necesario que los pacientes con más riesgo de precisar RCP estén identificados en el hospital	<input type="radio"/>				

Agradecemos sus observaciones/comentarios: