



## PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL SANITARIO

Eva María De Mingo Fernández

**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  
ROVIRA I VIRGILI**

**PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS  
INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.  
OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL  
SANITARIO**

---

**EVA MARÍA DE MINGO FERNÁNDEZ**



**TESIS DOCTORAL**

2021

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI

Eva María de Mingo Fernández

**Presencia familiar durante procedimientos invasivos y  
reanimación cardiopulmonar. Opinión de pacientes, familiares  
y personal sanitario**

TESIS DOCTORAL

DIRIGIDA POR:

DRA. MARÍA JIMÉNEZ HERRERA

Departament d'Infermeria



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona, España

2021



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández



FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat “*Presència familiar durant procediments invasius i reanimació cardiopulmonar. Opinió de pacients, familiars i personal sanitari*”, que presenta Eva de Mingo Fernández per a l’obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la meua direcció al Departament d’Infermeria d’aquesta universitat.

---

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “*Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar. Opinión de pacientes, familiares y personal sanitario*”, que presenta Eva de Mingo Fernández para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Enfermería de esta universidad.

---

I STATE that the present study, entitled “*Family presence during invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation. Opinion of patients, relatives and healthcare personnel*”, presented by Eva de Mingo Fernández for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department of Nursing of this university.

---

Tarragona, 19 de juny de 2021

Maria Jiménez-Herrera

Directora de la tesi doctoral  
Directora de la tesis doctoral  
Doctoral Thesis Supervisor/s

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

«En vez de ponernos en el lugar del otro, mejor nos vendría ponernos en nuestro propio lugar y dirigirnos al otro para que nos enseñe el suyo».

Gilligan, 2013

«Qué incerta és la vida, hi ha moments que no saps  
Que tot és insegur, on el terra belluga  
I tot tremola  
I jo soc allà, enmig d'aquesta incertesa desconeguda  
On només sé que vull viure, ser feliç i estar sana  
Gràcies metges, infermeres, gràcies per ser-hi  
Recolzar-me i acompanyar-me  
Dins de la vostra saviesa, empatia i acolliment  
Gràcies Família, a vosaltres us dec  
La vostra confiança, que rebo  
pel fet de ser-hi, em doneu força, enteresa i ganes de tirar endavant  
Me'n sortiré o no, però viuré aquests moments, sabent que he lluitat  
Amb vosaltres al meu costat,  
Metges, infermeres i família  
Junts, som un equip  
Gràcies de tot cor».

Aina Farràs

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

# AGRADECIMIENTOS

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

Este trabajo es el resultado de un esfuerzo conjunto de muchísimas personas, de una manera directa o indirecta, que participaron apoyando, leyendo, animando, corrigiendo, respondiendo encuestas, entrevistas, etc.

En primer lugar, homenajear a dos incondicionales de mi vida. Gracias a mi padre, que siempre me ha apoyado en todo lo que me he propuesto, y que, por esta vez, allá donde esté, nos recuerde. Estoy segura de que se sentiría muy orgulloso de que su hija haya seguido sus consejos realizando los estudios de doctorado. Eres la presencia invisible en cada día de mi vida. Gracias a mi madre, el motor de mi vida, un auténtico espíritu de superación, el ejemplo que tengo que seguir con su actitud ante las vicisitudes de la vida, y que está a mi lado en los momentos buenos y malos. Os quiero muchísimo.

A Jaume Aliaga, mi marido, que siempre me ha apoyado, y cuando mis fuerzas flaqueaban, me animaba y me sigue animando en todas mis elecciones y entiende el tiempo que le he dedicado a este estudio, muchas veces, a costa de sacrificar «nuestro tiempo». Gracias Jaume por permitirme tener episodios de desesperación, de alegría, y de colaborar conmigo dando tu opinión sincera, moderada y cariñosa, haciendo que las dificultades se percibieran menores de lo que eran realmente. Eres mi «usdefruit» particular.

A María Jiménez, mi tutora, la verdadera inspiración de este estudio y de todo lo bueno que ha comportado. Muchas gracias por todo, ya que, sin ti, esto no sería posible. En una guardia de 24 horas del *postgrau* en Atenció Prehospitalària Urgent (APHU), me animaste a seguir los estudios doctorales. Fue una conversación intrascendente, a altas horas de la madrugada, después de un servicio muy complejo, pero esta conversación me encantó y por eso te escogí como mi tutora. Gracias por aceptarme como tu pupila. Gracias por «estar ahí», por ser como eres: accesible, comprensiva, eficiente, creativa y perfeccionista. Eres una fuerza de la naturaleza y «nuestro mundo», nosotros, tenemos suerte de conocerte y tenerte. Es un privilegio trabajar contigo.

Gracias a Kasia, mi traductora particular y mi cuñada, que ha sacado tiempo del suyo para poder realizar esas traducciones que necesitaba «para ayer». A Pol, mi hermano, que me ha apoyado en esta aventura y a Hania, mi sobrina, ya que he tomado en ella un modelo a seguir en cuanto a perseverancia y superación de retos personales.

Al equipo de investigación del CSG, Antonio, Esther, Alejandro, César y a todas aquellas personas que, aunque no las mencione, han estado apoyándome y entendiendo mis pequeñas «neuras» y mis grandes sacrificios.

No puedo olvidarme de Toy, mi bebé, mi sombra, mi eterno compañero al lado del ordenador durante innumerables horas, ni de Nut, mi alma gemela, mi compañera, mi



amiga... que, aunque ahora ya no estéis con nosotros, con vuestro recuerdo arrancáis una sonrisa de mi boca y llenáis de lágrimas mis ojos. Siempre estaréis en mi corazón. Os extraño muchísimo.

A Mina, siempre ofreciéndome ayuda, siempre intentando colaborar. Eres una amiga genial.

Si os pudiera dar las gracias con estas palabras escritas, este mensaje sería infinito. Vuestra ayuda ha sido un verdadero regalo.

¡¡Gracias de nuevo!!

# PRÓLOGO

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

Esta tesis recoge cuatro artículos científicos. Los tres primeros están publicados y el cuarto está enviado y pendiente de su aceptación. El tema que los une a todos es el acompañamiento familiar en procesos invasivos y reanimación cardiopulmonar. Para tener una visión amplia de este tema, los estudios se han llevado a cabo desde diferentes perspectivas. En el primer estudio, la perspectiva es desde un análisis ético-jurídico en el marco del Estado español, ya que después de una revisión bibliográfica se constató la percepción del personal sanitario en cuanto a la falta de protocolos y normativa reguladora al respecto. En el segundo artículo se analiza la perspectiva de pacientes y familiares, realizando un estudio centrado en experiencias y opiniones sobre la presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar. En el tercer y cuarto artículos se realizan los estudios desde la perspectiva sanitaria, centrado el tercer estudio en el tema de la reanimación cardiopulmonar y el cuarto en los procedimientos invasivos.

Así, a través de estos estudios, se recoge una perspectiva global sobre el fenómeno de estudio de la presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar.

Los artículos se detallan a continuación:

## ARTÍCULO 1

---

**Título:** «Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar en España. Reflexiones ético-legales»

**Autores:** Eva de Mingo Fernández, Javier Baños Villalobos y María Jiménez Herrera

**Revista:** *Ética de los Cuidados. Humanización en salud*

**Publicación *online*:** Fundación Index

**Volumen:** 12 (2019)

**Link:** <<http://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e11475>>

## ARTÍCULO 2

---

**Título:** «Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions»

**Autores:** Eva de Mingo Fernández, Guillermina Medina Martín y María Jiménez Herrera

**Revista:** *Nursing Ethics*

**Publicación *online*:** diciembre 2020

**DOI:** 10.1177/0969733020968171

### ARTÍCULO 3

---

**Título:** «Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument»

**Autores:** Eva de Mingo Fernández, Ángel Belzunegui Eraso y María Jiménez Herrera

**Revista:** *BMC Health Services Research*

**Publicación *online*:** BMC Health Serv Res. 2021;21(1):221

**DOI:** 10.1186/s12913-021-06180-2

### ARTÍCULO 4 (enviado)

---

**Título:** «Family presence during invasive procedures. A pilot study»

**Autores:** Eva de Mingo Fernández, Ángel Belzunegui Eraso, Guillermina Medina Martín, Roser Cuesta Martínez y María Jiménez Herrera

**Revista:** *Nursing Ethics*

# ÍNDICE

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

PRÓLOGO.....	13
ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS.....	21
ÍNDICE DE FIGURAS.....	25
RESUMEN.....	29
RESUM .....	33
ABSTRACT .....	37
1. INTRODUCCIÓN.....	41
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	5
3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN .....	9
3.1. Perspectiva del equipo sanitario sobre la presencia familiar .....	14
3.2. Perspectiva de los familiares y pacientes sobre la presencia familiar .....	15
3.3. Posicionamiento de los organismos oficiales sobre la presencia familiar. Contexto ético-legal.....	17
3.4. Formación de los profesionales sobre la presencia familiar.....	19
3.5. Factores condicionantes culturales y religiosos .....	20
3.6. Efectos de la PFDR .....	22
3.7. Estudios en contexto pediátrico .....	23
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. Objetivo general.....	27
4.2. Objetivos específicos .....	27
5. METODOLOGÍA .....	29
5.1. Contextualización de la investigación.....	31
5.2. Aspectos éticos .....	33
5.3. Estudio 1. «Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar en España. Reflexiones ético-legales».....	34
5.4. Estudio 2. «Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions».....	36
5.5. Estudio 3. «Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument».....	38
5.5.1. Instrumentos de medida de la PFDR .....	38



5.5.2. Descripción del instrumento original: FPRB-FPSC.....	39
5.6. Estudio 4. «Family presence during invasive procedures. A pilot study» .....	41
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
6.1. ARTÍCULO 1. PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ESPAÑA. REFLEXIONES ÉTICO-LEGALES.....	47
6.2. ARTÍCULO 2. FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION AND INVASIVE PROCEDURES: FAMILY AND PATIENT’S OPINION.....	55
6.3. ARTÍCULO 3. «FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION: ADAPTATION AND VALIDATION INTO SPANISH OF THE FAMILY PRESENCE RISK-BENEFIT SCALE AND THE SELF-CONFIDENCE SCALE INSTRUMENT» .....	69
6.4. ARTÍCULO 4. «FAMILY PRESENCE DURING INVASIVE PROCEDURES. A PILOT STUDY» .....	83
<b>7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
<b>8. LIMITACIONES .....</b>	<b>105</b>
<b>9. CONCLUSIONES .....</b>	<b>109</b>
<b>10. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA .....</b>	<b>113</b>
<b>11. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>117</b>
11.1. Seminarios/cursos.....	119
11.2. Comunicaciones orales .....	119
11.3. Pósteres.....	120
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>
Anexo 1. Glosario .....	141
Anexo 2. CEIC 31/150.....	144
Anexo 3. Consentimiento informado (CI).....	145
Anexo 4. Cuestionario original Twibell <i>et al.</i> (2008) .....	151
Anexo 5. Permiso Twibell.....	158
Anexo 6. Cuestionario castellano RCP .....	159
Anexo 7. Cuestionario castellano PI .....	166
Anexo 8. Comprobante admisión artículo 4.....	174

# ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

AACCN	American Association of Critical Care Nurses
AP	Atención primaria
CEIC	Comité de Ética de Investigación Clínica
CI	Consentimiento informado
CSAPG	Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf
CSG	Consorci Sanitari del Garraf
EEUU	Estados Unidos de América
EfCCNa	European federation of Critical Care Nursing associations
ENA	Emergency Nurses Association
ERC	European Resuscitation Council
ESPNIC	European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care
FF	Facilitador familiar
FPRB	Family Presence Risk-Benefit (presencia familiar riesgo-beneficio)
FPSC	Family Presence Self Confidence (presencia familiar autoconfianza)
HRSC	Hospital Residència Sant Camil
HSAA	Hospital Sant Antoni Abat
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PCR	Parada cardiorrespiratoria
PF	Presencia familiar
PFDI	Presencia familiar durante procedimientos invasivos
PFDR	Presencia familiar durante reanimación cardiopulmonar
PFDR1	Presencia familiar durante reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos
PI	Procedimientos invasivos
RBS	Revisión bibliográfica sistematizada
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RPCa	Reanimación cardiopulmonar avanzada
RPCb	Reanimación cardiopulmonar básica
UE	Unión Europea

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

# ÍNDICE DE FIGURAS

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

Figura 1.	Mapa conceptual de factores que afectan a la PFDRI (elaboración propia) .....	13
Figura 2.	Metodología de la investigación (elaboración propia) .....	31
Figura 3.	HRSC. Entrada principal y de urgencias (elaboración propia) .....	32
Figura 4.	Entrada principal y de urgencias del HSAA (elaboración propia) .....	33
Figura 5.	Estructura de pregunta PICO (elaboración propia).....	35
Figura 6.	Evaluación de la calidad y niveles de evidencia (Melnyk & Fineout-Overholt).....	35
Figura 7.	Proceso de elaboración del estudio 2 (elaboración propia).....	36
Figura 8.	Guion entrevista semiestructurada (elaboración propia) .....	37
Figura 9.	Metodología obtención herramienta FPRB-FPSC (elaboración propia).....	40
Figura 10.	Metodología obtención herramienta FPRB-FPSC en PI (elaboración propia).....	42
Figura 11.	Fotografía y tema exposición oral XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Córdoba.....	119
Figura 12.	Fotografía y tema XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Barcelona .....	120
Figura 13.	Fotografía exposición 2 pósteres .....	120



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

# RESUMEN

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

Desde los años ochenta, el controvertido tema de la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos (PFDRI) ha sido objeto de estudio, tanto como para identificar las percepciones, opiniones y creencias de profesionales de la salud, de los pacientes y de los familiares, y para percibir beneficios, barreras y guías para su implementación o para la formación de los sanitarios en el tema.

Muchas organizaciones se han declarado a favor de implementar políticas que favorezcan la PFDRI, pero actualmente hay muy pocos servicios que apliquen estas recomendaciones.

En España, las referencias sobre el tema son relativamente escasas y hay pocos estudios hallados que identifiquen las experiencias, percepciones y opiniones de los intervinientes en la PFDRI, así como también políticas implementadas al respecto.

Estos estudios pretenden obtener una visión actual y amplia de la presencia familiar durante la resucitación cardiopulmonar y en procedimientos invasivos, incluyendo a todos los participantes en el procedimiento: paciente, familiares y equipo de salud, tanto en los ámbitos de pediatría como en adultos, en diferentes contextos, como pueden ser plantas hospitalarias, sociosanitarias, servicios de urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) u otros servicios sanitarios, e identificar los beneficios y barreras para facilitar la implementación y práctica de la FPDR en las políticas hospitalarias.

Por este motivo, se analiza mediante una revisión bibliográfica la literatura existente sobre el tema, y se intentará, a través de un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, profundizar en las opiniones de médicos y enfermeras, del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG), que integra los recursos sanitarios de dos comarcas: l'Alt Penedès y la Comarca del Garraf, en la provincia de Barcelona (España). El estudio se realizó en el Consorci Sanitari del Garraf (CSG). También, se utilizó metodología cualitativa para conocer y analizar en profundidad la opinión, las percepciones y las experiencias de los pacientes y familiares que han tenido la experiencia de vivir una reanimación cardiopulmonar (RCP) o un procedimiento invasivo (PI), utilizando como instrumento de recogida de datos las entrevistas en profundidad.

Con ambos métodos se ha dado respuesta a los objetivos propuestos obteniendo los siguientes resultados: la existencia de protocolos favorece la PFDRI, y aunque no es garantía de que se implemente esta práctica, las leyes españolas sí protegen en caso de aplicar la PFDRI; que los pacientes y familiares están a favor de la PFDRI, con algunos condicionantes; y que, aunque el personal sanitario, en general, no esté a favor de la PFDRI, sí que está a favor de incluir a las familias en los cuidados generales del paciente y en PI poco invasivos.

Concluyendo que la atención centrada en el paciente y en la familia es nuestro modelo futuro sanitario y debe incluir en estos cuidados la presencia familiar durante la reanimación y procedimientos invasivos, proporcionando así una atención holística, que empodere al paciente en relación con su proceso de salud-enfermedad y que propicie el respeto a los principios de la bioética médica.

# RESUM

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

Des dels anys vuitanta, el controvertit tema de la presència familiar durant la reanimació cardiopulmonar i procediments invasius (PFDRI) ha estat objecte d'estudi, tant com per a identificar les percepcions, opinions i creences de professionals de la salut, dels pacients i dels familiars, com per a percebre beneficis, barreres i guies per a la seva implementació o per a la formació dels sanitaris en el tema.

Moltes organitzacions s'han declarat a favor d'implementar polítiques que afavoreixin la PFDRI, però actualment hi ha molt pocs serveis que apliquin aquestes recomanacions.

A Espanya, les referències sobre el tema són relativament escasses i hi ha pocs estudis trobats que identifiquin les experiències, percepcions i opinions dels intervinents en la PFDRI, així com també polítiques implementades sobre aquest tema.

Aquests estudis, pretenen obtenir una visió actual i àmplia de la presència familiar durant la ressuscitació cardiopulmonar i en procediments invasius, incloent a tots els participants en el procediment: pacient, familiars i equip de salut, tant en els àmbits de pediatria com en adults, en diferents contextos com poden ser, plantes hospitalàries, sociosanitàries, serveis d'urgències i Unitat de vigilància intensiva (UCI) o altres serveis sanitaris i identificar els beneficis i barreres per a facilitar la implementació i pràctica de la FPDR en les polítiques hospitalàries.

Per aquest motiu, s'analitza mitjançant una revisió bibliogràfica la literatura existent sobre el tema, i intentarà, a través d'un estudi transversal, descriptiu i quantitatiu, aprofundir en les opinions de metges i infermeres, del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG), que integra els recursos sanitaris de dues comarques: l'Alt Penedès i la Comarca del Garraf, a la província de Barcelona (Espanya). L'estudi es va realitzar en el Consorci Sanitari del Garraf (CSG). També, es va utilitzar metodologia qualitativa, per a conèixer i analitzar en profunditat, l'opinió, les percepcions i les experiències dels pacients i familiars que han tingut l'experiència de viure una reanimació cardiopulmonar (RCP) o un procediment invasiu (PI), utilitzant com a instrument de recollida de dades, les entrevistes en profunditat.

Amb tots dos mètodes s'ha donat resposta als objectius proposats obtenint els següents resultats: l'existència de protocols afavoreix la PFDRI, encara que no és garantia que s'implementi aquesta pràctica, les lleis espanyoles si protegeixen en cas d'aplicar la PFDRI, que els pacients i familiars estan a favor de la PFDRI, amb alguns condicionants i que encara que el personal sanitari, en general, no estigui a favor de la PFDRI, sí que estan a favor d'incloure a les famílies en les cures generals del pacient i en PI poc invasius.

Concloent que l'atenció centrada en el pacient i en la família és el nostre model futur sanitari i ha d'incloure en aquestes cures la presència familiar durant reanimació i



procediments invasius, proporcionant així, una atenció holística, que empoderi al pacient en relació amb el seu procés de salut-malaltia i que propiciï el respecte als principis de la bioètica mèdica.

# ABSTRACT

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

Since the eighties, the controversial issue of family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures (PFDRI) has been the object of study, as well as to identify the perceptions, opinions, and beliefs of health professionals, patients and patients' family members, as well as to perceive benefits, barriers and guidelines for its implementation or for the training of health workers on the subject.

Many organizations have come out in favor of implementing policies that favor PFDRI, but there are currently very few services that implement these recommendations.

In Spain, references on the subject are relatively scarce and there are few studies found that identify the experiences, perceptions and opinions of the participants in the PFDRI, as well as the policies implemented in this regard.

These studies aim to obtain a current and comprehensive view of the family presence during cardiopulmonary resuscitation and in invasive procedures, including all the participants in the procedure: patient, family members, and health team, both in pediatric and adult settings. in different contexts such as, hospital, social health, emergency services and Intensive Care Unit (ICU) or other health services and identify the benefits and barriers to facilitate the implementation and practice of FPDR in hospital policies.

For this reason, the existing literature on the subject is analyzed by means of a bibliographic review, and will try, through a cross-sectional, descriptive and quantitative study, to deepen the opinions of doctors and nurses, of the Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG), which integrates the health resources of two regions: l'Alt Penedès and the Garraf Region, in the province of Barcelona (Spain). The study was carried out at the Consorci Sanitari del Garraf (CSG). Also, qualitative methodology was used, to know and analyze in depth, the opinion, perceptions and experiences of patients and relatives who have had the experience of living a cardiopulmonary resuscitation (CPR) or an invasive procedure (PI), both subject of investigation or witnessed by a family member, using in-depth interviews as a data collection instrument.

Both methods have responded to the proposed objectives, obtaining the following results: the existence of protocols favors the PFDRI, although it is not a guarantee that this practice will be implemented, the Spanish laws do protect in case of applying the PFDRI, that patients and family members are in favor of the PFDRI, with some conditions and that although health personnel, in general, are not in favor of the PFDRI, they are in favor of including families in the general care of the patient and in little PI invasive.

Concluding that care centered on the patient and the family is our future healthcare model and should include in this care the family presence during resuscitation and invasive

procedures, thus providing holistic care that empowers the patient in relation to their health process -sickness and that fosters respect for the principles of medical bioethics.

# 1. INTRODUCCIÓN

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

El ejercicio de las profesiones en el ámbito de la salud y social dispone de un marco de referencia inherente: la ética del cuidado. Es por ello por lo que cualquier iniciativa que promueva el diálogo y el debate sobre el sentido del cuidado y su implementación en la sociedad es un reto ético de las enfermeras y de las profesiones sanitarias en su conjunto (1). El cuidado es una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro mundo, que incluye nuestros cuerpos, individualidades y nuestro entorno, según J. Tronto, citada en el artículo de P. Molinier (2); la ética del cuidado implica «la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros» (3). En lo que al cuidado se refiere, podemos diferenciar dos aspectos básicos: el técnico, cuyos objetivos están bien definidos y regulados por medio de tareas y actividades de diferentes naturalezas, y el aspecto del cuidado como bien interno, holístico, el que proporciona sentido a la profesión, así como plena satisfacción de los usuarios (4).

El *Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya* tiene como uno de sus objetivos determinar la responsabilidad profesional de las enfermeras en el mantenimiento, promoción y defensa de los derechos de las personas relacionados con la salud, a través del reconocimiento de la dignidad y singularidad del ser humano en sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, y espiritual (5). De esto se deduce que es necesario personalizar la respuesta delante de las situaciones de salud o enfermedad. De esta forma, desde el conocimiento profundo de la identidad de los destinatarios de los cuidados de enfermería, se hace progresar la profesión. También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos plantea una visión completa del ser humano, siendo el paciente junto con su familia\* los que reciben cuidados del personal sanitario. En este concepto holístico del cuidado y la atención se incluye al paciente, a la familia y a las comunidades donde viven, ya que el individuo se desarrolla dentro de la familia y esto lo convierte en el primer sistema de soporte al paciente (6). Uno de los objetivos del Servei Català de la Salut (SCS) es humanizar los cuidados en los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual. El estudio de Rubio-González *et al.* de 2018 considera que las tres intervenciones humanizadoras que cuentan con mayor consenso entre los profesionales sanitarios son: realizar los cuidados contando con la familia facilitando una comunicación franca y efectiva, una relación terapéutica basada en la empatía y la asertividad, y el acceso a la información y su adecuada participación en el cuidado del paciente (7); por lo tanto, el

---

\* Ver definición en Anexo 1. Se establece un glosario de conceptos que permiten exponer las definiciones de las cuales partimos durante la exposición textual.



acompañamiento familiar, en todos los ámbitos de la atención sanitaria, sería uno de los aspectos importantes en esta atención, sobre todo en nuestra sociedad, que por costumbre o porque no nos lo hemos planteado, no damos acceso al acompañamiento familiar en adultos, aunque en el proceso de enfermedad se sientan vulnerables. Esto supone, por un lado, una falta de atención humanizada al paciente y un problema ético evidente en relación con el respeto a los principios bioéticos. El no permitir la PFDI indica que no se respetan los principios de autonomía\* o beneficencia\*, pero sí de la no maleficencia\*, ya que el personal sanitario trata de evitar daños, protegiendo con actitud paternalista al paciente y a la familia (8). En cuanto al principio de justicia\*, nos habríamos de plantear la extensión de los principios bioéticos a todos los usuarios, no solo a los de pediatría. Cuando estos principios causan conflictos, generalmente el profesional sanitario los resuelve con la consulta a un compañero (9).

La presencia familiar (PF) está definida culturalmente y es percibida bajo una óptica diferente, por el concepto de familia dentro de la sociedad a la que pertenecen los actores de esta práctica y por sus creencias y costumbres religiosas y sociales en especial, las referentes a la salud y a la medicina. Esto convierte a la reanimación cardiopulmonar (RCP)\* en un constructo social (10).

Por otro lado, la posibilidad de aceptar la presencia familiar en procedimientos invasivos y en la reanimación cardiopulmonar\* ha originado estudios desde diferentes perspectivas, de manera que, para tener una visión generalizada de esta práctica, en la literatura nacional e internacional se encuentran estudios que van desde la visión de los intervinientes en procedimientos invasivos\*, o reanimación cardiopulmonar\*, en diferentes servicios de salud, en este caso, pacientes, familia y profesionales de la salud, hasta las declaraciones de organismos oficiales. En esta literatura se identifican barreras y beneficios para aplicar la presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar (PFDRI).

Esta investigación se centra en la PFDRI desde varias ópticas. En primer lugar y fruto de una revisión bibliográfica sistemática, se halló el contexto actual con aspectos a favor y en contra de la PFDRI, diferentes perspectivas de las personas que participan en la PFDRI, posicionamiento de organismos oficiales, condicionamientos socioculturales y religiosos, y por último la escasez e implementación de protocolos y guías al respecto. En segundo lugar y a través de la evidencia analizada, se diseñan cuatro estudios para responder a los objetivos planteados. Para el desarrollo de la investigación, se analiza el

---

\* Ver definición en Anexo 1. Se establece un glosario de conceptos que permiten exponer las definiciones de las cuales partimos durante la exposición teórica.

contexto ético-jurídico en el Estado español, y las diferentes perspectivas de pacientes, familiares y personal de enfermería y medicina, utilizando diversas metodologías según los requerimientos del estudio. Por último, se llega a unas conclusiones a partir de los resultados de las vivencias y opiniones de los pacientes, las familias y el personal sanitario, de manera que surgen nuevas implicaciones para la práctica clínica.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

## 2.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

Durante mi ejercicio profesional, me he dado cuenta de que tendemos a respetar más la toma de decisiones de los adultos respecto a los pacientes pediátricos o con dificultad para la toma de decisiones, ya que son los progenitores/tutores los que deben tomar las decisiones en casi todo lo que se relaciona con la vida de los menores. Entonces, ¿por qué no permitimos el acompañamiento familiar en los procedimientos invasivos o en la reanimación cardiopulmonar en adultos? ¿Qué motivos condicionan estas conductas? ¿Son respuestas a tradiciones?

En nuestra cultura mediterránea, la comunicación con la familia es un factor esencial en la atención del paciente, tanto si es pediátrico como adulto, y es un factor influyente en la percepción de satisfacción y en la adherencia a los cuidados y el tratamiento, ya que «el cuidado al paciente es incompleto si no se abordan los problemas no médicos de los familiares, en relación a sus sentimientos de ansiedad, miedo y soledad» (11).

«Estudiar el poder en las relaciones de cuidados nos permite descubrir las injusticias pasadas y presentes en el proceso de asignación de cuidados. Nos permite percibir los patrones de dominación que subyacen y permanecen en las decisiones relacionadas con los cuidados. Nos permite identificar y hablar de manera más clara sobre las formas de interdependencia de la gente y en consecuencia encontrar mejores formas de tratar las diferencias, ya que las situaciones de cuidados son siempre situaciones de poder, es decir, son inevitablemente políticas» (1).

Convertir el cuidado en un proceso holístico ayudará a identificar algunos de los límites de las prácticas del cuidado existentes. Por otro lado, en el ejercicio de la profesión de enfermería, los principios bioéticos de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia se tendrían que respetar, aunque se presenten en múltiples ocasiones dilemas entre ellos, sobre todo entre el principio de autonomía y el de no maleficencia.

Cuando analizamos los principios éticos del cuidado centrado en las personas, se destaca que el paciente debe empoderarse respecto a su proceso de salud/enfermedad, y debería poder decidir si ofrecer o no a sus familiares el estar presentes durante PI y RCP. Por otro lado, esto podría generar la violación al derecho de confidencialidad si los pacientes desean que sus familiares estén y no lo permitimos, y siempre tomando decisiones a través del principio de beneficencia hacia el paciente y los familiares (120).

En nuestro marco legal, la 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, destaca los derechos de los usuarios de la salud en materia del respeto a la dignidad humana, a la confidencialidad, el acceso a la información, tanto del

paciente como de la familia; y ¿qué mejor acceso a esta información que la presencialidad y acompañamiento durante curas, pruebas o procedimientos? (12).

De todos estos preceptos expuestos, y dada su trascendencia, se revela que el profesional sanitario es el encargado de los aspectos éticos de la acción. En enfermería, nuestro código ético de la profesión nos revela que tenemos la obligación de evaluar las prácticas asistenciales de manera crítica, planteándonos y revaluando nuestras acciones, para mejorar la calidad estándar de nuestros cuidados, y así influir en las políticas sanitarias al respecto, reformulándolas si es necesario (5).

Debido a todos estas preguntas y razonamientos, los pacientes autónomos y adultos deberían poder decidir si desean que sus familiares estén presentes mientras les realizan un PI o una reanimación, una cura, o simplemente durante la visita de su médico mientras están ingresados. El razonamiento para aceptar la PF en pediatría debería ser el mismo que en un adulto, dada la vulnerabilidad de este, cuando necesita servicios sanitarios. El adulto, a través de sus voluntades anticipadas, podría dar instrucciones si desea la PF en diferentes situaciones y poder elegir la persona que le acompañará durante estos procedimientos.

Si bien es cierto que estos estudios se plantearon con anterioridad a la actual pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19), el aislar a las personas institucionalizadas ha producido una nueva sensibilidad en la sociedad: el deseo de acompañar a sus seres queridos ya sea por causa de enfermedad o de cuidados, en el proceso final de la vida. Con respecto a los pacientes, el no tener apoyo familiar en momentos tan vulnerables ha producido secuelas psicológicas sin precedentes: desde sensación de abandonamiento hasta cuadros de ansiedad y depresión, afectando a muchos de ellos en su proceso de recuperación o en el final de la vida. Por último, y como profesional de la salud, puedo confirmar la desesperación de mis compañeras en la atención a nuestros pacientes, sin tener referencias familiares que nos pudieran orientar en las preferencias, gustos y comportamientos de estos, de manera que también íbamos a ciegas con los cuidados personalizados que otorgábamos; aunque siempre intentamos mantener la calidad y la humanización en los cuidados que dispensamos. Toda esta situación, para la que nuestro sistema sanitario mundial no estaba preparado, hizo aflorar nuevas necesidades que, hasta la fecha, permanecían latentes, pero sin otorgarles la importancia que realmente ahora les damos.

## 3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

---



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

Históricamente, los profesionales sanitarios han tratado la enfermedad, no a la persona, de manera que los servicios sanitarios se han diseñado, tanto en estructura física como en flujos, protocolos y formación, para dar respuesta a las enfermedades. Sin embargo, esta tendencia está cambiando gracias a diversos factores, como el cambio de relación entre las personas y los profesionales sanitarios, la obligación de informarles y la demanda de la población en cuanto a la participación en sus procesos de salud-enfermedad, entre otros, así como a factores que provienen de los profesionales sanitarios, como, por ejemplo, utilizar estrategias de comunicación para empoderar a las personas en su proceso de toma de decisiones.

Así, la persona que tradicionalmente era considerada una mera receptora de las decisiones que el médico tomaba unilateralmente se ha ido transformando en una persona con derechos y deberes definidos, con decisión para los tratamientos y pruebas diagnósticas que recibe, incluyendo a familia y amigos y siendo corresponsables en las decisiones que se han de tomar durante su proceso de enfermedad. Este cambio de actitud por parte de las personas con problemas de salud vino dado en 1973, por la aprobación de la Asociación Americana de Hospitales de la carta de derechos del paciente, en donde este es visto como un sujeto capaz de tomar sus propias decisiones, aun siendo una persona vulnerable (13).

El compromiso de la enfermera en el conocimiento integral del enfermo, en las actividades clínico-terapéuticas y en la eficiencia de los cuidados propicia también que sea considerada como el profesional idóneo para facilitar la integración de la familia en los cuidados de su ser querido (14) y, por tanto, actuar de facilitador familiar (FF), otorgando cuidados, asesorando en la toma de decisiones en el tratamiento, y favoreciendo o no la presencia de los familiares durante las maniobras de resucitación o en los procedimientos invasivos.

La experiencia de la enfermedad es muy particular, de manera que cada persona la vive conforme a sus valores y experiencias. Cuando existe hospitalización, tanto en planta como en UCI, la persona siente vulnerabilidad, soledad, despersonalización, miedo e incertidumbre, aparte de dolor e impotencia al no poder resolver las situaciones, provocando estrés. Las estrategias para superar los problemas en el hospital son los lazos de solidaridad entre pacientes, la red social de familia y amigos, las actitudes personales frente a la enfermedad desde el conocimiento de esta y la fe religiosa. Para hacer frente a la soledad, se crean vínculos entre los mismos pacientes y el personal de enfermería, en donde la comunicación tiene un papel muy importante (15-17). La evidencia nos indica que una enfermedad influye no solo al paciente sino también a todos los miembros de la familia y en sus relaciones, ya que los cambios exigen nuevas relaciones y distribución de

nuevos roles (18), en donde el acompañamiento en este proceso resulta imprescindible para la pronta recuperación y salud psicológica del enfermo y su familia.

En 1982, el personal del ED Foote Hospital de Michigan se planteó cuestionar la política por la que los familiares estuvieran esperando en una sala mientras sus seres queridos estaban siendo reanimados después de que dos familias solicitaron acompañar al paciente mientras se les intentaba reanimar: un acompañante se negó a salir de la sala de reanimación después de haberla estado presenciando en la ambulancia y una segunda persona rogó estar con su marido, oficial de Policía, después de que le hubieran disparado. En estos dos casos, se tomaron decisiones individualizadas y contextualizadas en esas situaciones concretas, para que pudieran acompañar a los pacientes. Estas situaciones dieron lugar a estudios realizados en el mismo hospital por un capellán y una enfermera, que realizaron encuestas a 18 familiares. Un 72 % respondió de forma afirmativa a la idea de realizar el acompañamiento durante la RCP (19).

Desde entonces, se han realizado estudios sobre la presencia familiar durante reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos (PFDRI), sobre todo en el ámbito de reanimación, UCI y pediatría, provocando controversia en los equipos de salud y en entornos culturales diversos (20-23). Algunos de los factores que influyen socioculturalmente a las personas en el proceso de salud-enfermedad son la religión, la clase social, la cultura y experiencia de la enfermedad y el contexto urbano o rural en donde se desarrolla (24).

El lugar donde sucede la parada cardiorrespiratoria (PCR) condiciona la posibilidad de desarrollar una PCR presenciada (10). La PFDRI se puede dar en diferentes contextos: intrahospitalario, prehospituario y extrahospitalario, y los recursos que hay en uno u otro contexto son diferentes. En el intrahospitalario se tienen recursos de estructura física (hospital), material sanitario y personal para solventar la situación, aunque sea provisionalmente. En cambio, en el prehospituario la atención se realiza en el exterior del hospital (calles, carreteras, montaña, playa, etc., o en domicilio), limitando algunos recursos para atender la urgencia, como por ejemplo el acceso a la historia clínica, antecedentes y voluntades anticipadas de la persona a atender. Por último, la atención extrahospitalaria consiste en consultas externas y atención primaria (AP). Naturalmente, los protocolos, tanto de PI como de RCP, varían según el contexto en que se desarrollen, siempre intentando dar la mayor calidad en técnicas y una atención en cuidados humanizados, siendo el personal de urgencias y emergencias extrahospitalarias el colectivo más favorable a la PFDRI (8), ya sea porque están en el domicilio del paciente o porque «no son conscientes en un primer momento de la PF» (25).

En la evidencia científica se exponen beneficios y perjuicios (26-28), mientras que otros destacan las actitudes, opiniones y experiencias del personal sanitario (29-31), enfermos y familiares (32,33), siendo escasos los que se refieren a protocolos y formación para desempeñar e implementar la PFDI (34-36). Por último, destacar el artículo de Z. Lederman, que nos orienta en el acompañamiento de seres queridos en PFDRI en tiempos de pandemia de COVID-19, para así no obstruir esta práctica que aumenta la calidad asistencial, percibida sobre todo en la visión de los familiares, fomentando el acompañamiento y apoyo psicológico a los pacientes (37).

Se destacan diferentes ópticas de la PFDRI, teniendo en cuenta diferentes perspectivas de análisis. Desde el punto de vista de los intervinientes, se enumeran las del equipo sanitario, pacientes y familiares; también intervienen en la PFDRI la posición de los organismos oficiales, la formación del personal interviniente en los procedimientos y, por último, pero no menos importante, los factores culturales y religiosos, que condicionan la PFDRI.

Se ha desarrollado un mapa conceptual para obtener una visión más clarificadora de los factores que afectan a la PFDRI (Figura 1).

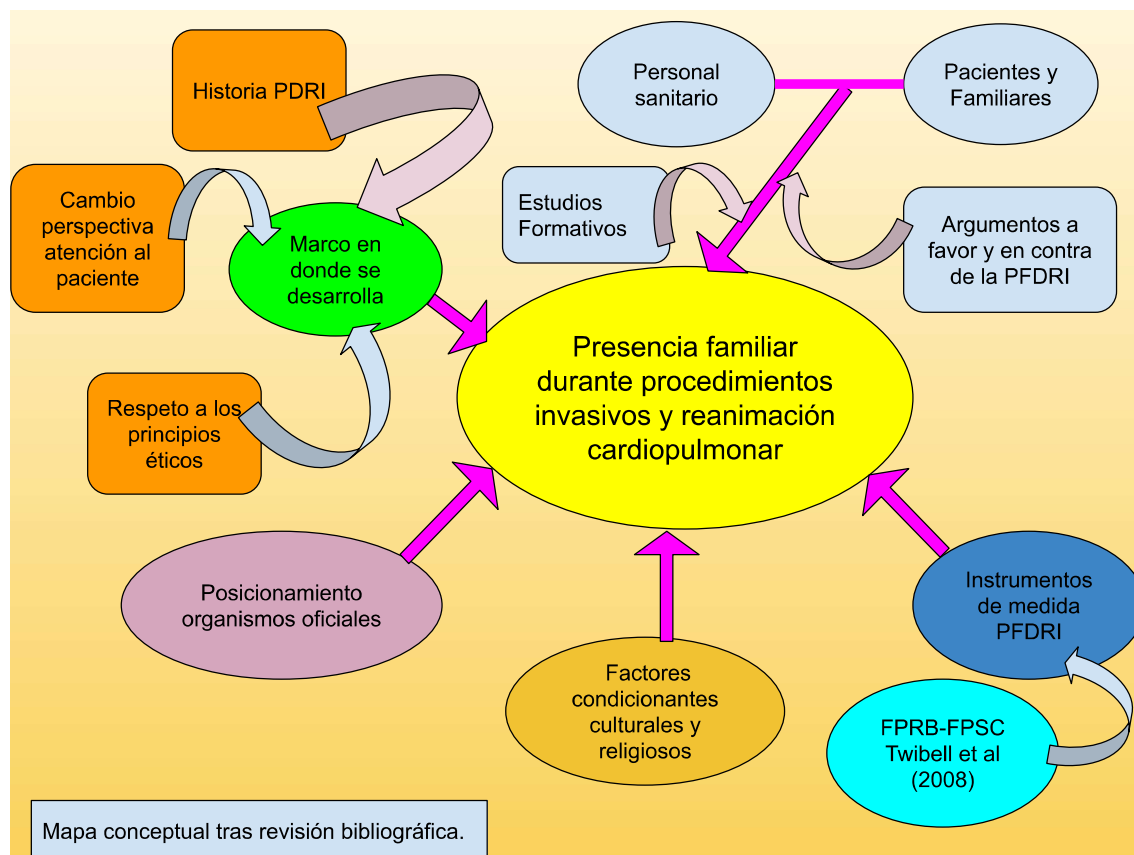


Figura 1. Mapa conceptual de factores que afectan a la PFDRI (elaboración propia)

### 3.1. Perspectiva del equipo sanitario sobre la presencia familiar

La perspectiva del equipo sanitario tiene una influencia cultural y emocional muy marcada, sobre todo en el ámbito de enfermería, ya que la enfermera pasa mucho tiempo con el paciente y, al dispensar cuidados, aunque no están protocolizados, dependen de la seguridad y habilidades de cada enfermera, y académicamente están preparadas para atender aspectos biológicos y técnicos, pero no es igual para aspectos emocionales (38), aunque cada vez esta formación es mayor y más completa. En la bibliografía analizada se exponen múltiples beneficios, aunque también se presentan diversas barreras. A modo de resumen, los factores positivos que influyen en el equipo sanitario consisten en que la familia percibe lo que está pasando en cada momento, descartando dudas sobre el estado del paciente, facilitando información sobre el mismo (33,39-43) y permitiendo tomar decisiones rápidas y consensuadas entre la familia y el equipo sanitario, asegurándose que su ser querido recibe un trato humano (44), teniendo la oportunidad de estar al lado de su ser querido y darle soporte emocional (39,44). Si el PI o la RCP se complican o no tienen el final deseado, la PF ayuda a que los familiares comprueben que se ha hecho todo lo posible por su ser querido, facilitando el realizar el proceso de duelo (33,39,42-45). En todo caso, el estar cerca del ser querido y acompañarlo mientras está siendo sometido a PI o RCP suele satisfacer las necesidades emocionales (39,44) y espirituales de familia y paciente, otorgando un cuidado holístico (42,43,45) y de calidad en los procedimientos, y esto ayuda a reducir la ansiedad de los familiares (33,45). Muchos profesionales piensan que los familiares tienen derecho a presenciar tanto la reanimación como el PI (33,40).

Las barreras identificadas en la literatura, desde la visión del equipo sanitario, son generalmente el miedo a la intervención de los familiares en el procedimiento, tanto físicamente como con quejas verbalizadas (21,39,40,42,46,47), el poco espacio de las salas, que entorpecería los movimientos de los sanitarios (39,41,42,47), y la dificultad para atender en el mismo momento al familiar y al paciente, ocasionando que alguien del equipo esté presente para explicar la situación (39), ya que el desconocimiento y mala interpretación de los procedimientos agresivos que se apliquen al paciente (sangre, tubos, pinchazos, etc.) (39,42,47) pueden generar trauma y ansiedad al familiar. Otro motivo que refieren es la presión que puede ejercer la PF al equipo asistencial, pudiendo sentirse evaluado y analizado provocando incomodidad y tensión añadida (39-42). Por último, la evidencia sostiene que se necesita formación y asesoramiento para hacer frente a esta práctica (33,42,48-51), refiriendo un vacío legal ya que, generalmente, no hay guías ni protocolos implementados (33,47-49) al respecto, pudiendo, si es el caso, violar el derecho de confidencialidad del paciente cuando los familiares desean acompañar y no sabemos la opinión del paciente al respecto (44), considerando un derecho del equipo

tener la opción de no invitar a la PF a la familia si no solicita estar presente (52,53). Destacar que las barreras citadas no están sustentadas en la evidencia, sino en la percepción de las personas intervinientes en los procesos de PFDRI, necesitándose más investigación en relación con este tema (54).

También hay diferencias en la profesión, siendo el personal de enfermería y los profesionales con más experiencia en PI los que están más a favor de la PFDI (47,48).

En recomendaciones, los estudios relatan que las guías deben ser individualizadas para cada hospital (40), pero consideran que tiene que haber dos condiciones importantes para la PFDI: la primera es que haya una persona del equipo asistencial que ejerza como FF, cuya función sería controlar las reacciones de los familiares, ser enlace entre el equipo y la familia, traducir la jerga médica y explicar los procedimientos utilizados (39,52,55). Se destaca que no hay suficientes estudios que evalúen este rol. La segunda es que la PFDI no puede percibirse como una obligación moral o social, dejando a la discreción del equipo la invitación a los familiares a estar presentes durante el PI (40). Esta decisión vendrá motivada por el equipo sanitario y las características de la familia y del paciente (42). Por último, se requieren dos guías diferentes, una para la presencia de familiares durante la reanimación y otra para procedimientos invasivos, aunque las dos con frecuencia suceden simultáneamente (43).

En hospitales donde ya usan protocolos para la implementación de la PFDRI, se puede interpretar de los estudios publicados que la figura del facilitador familiar (FF) realiza diferentes funciones de acompañamiento a los familiares, más por la función de los miembros del equipo que por designación de la tarea de acompañamiento, siendo las enfermeras las que habitualmente realizan estas tareas (41). De todas maneras, todos los intervinientes en los PI o RCP destacan la necesidad de formación y asesoramiento sobre cómo hacer frente a la pérdida y a la muerte (33,42,48-50).

Estudios que evalúan la experiencia de los profesionales donde se ha permitido la PFDR refieren que, aunque los resultados son de difícil interpretación, ya que depende de percepciones personales, las razones negativas antes expuestas son infundadas: las familias se contuvieron emocionalmente, no interrumpieron las técnicas invasivas y no alteraron el ritmo de trabajo ni de comunicación entre el equipo reanimador (27,44,55).

### **3.2. Perspectiva de los familiares y pacientes sobre la presencia familiar**

Los diferentes artículos analizados destacan la importancia de la diferencia cultural y religiosa en las reacciones de familia y pacientes ante la PFDI (65), y que el resultado de la PFDI puede influir en la reacción de los miembros de la familia (56), «que se expresan de manera dinámica durante el transcurso de las maniobras, a través de diferentes

emociones, conductas y comportamientos que se equilibran entre significar una experiencia negativa, repercutiendo gravemente en el bienestar familiar y profesional, o suscitar una experiencia positiva, llevando a la resiliencia del enfermero reanimador y del familiar» (33).

La familia y el paciente reconocen las técnicas invasivas a través de experiencias fundadas a través de campañas sanitarias, prensa, series de televisión y filmografías, pero generalmente estas no son fieles a la realidad, pudiendo crear falsas expectativas (57).

Existe poca evidencia de que la PFDR afecte al paciente, pero sí de las preferencias del paciente, que está a favor de ser acompañado en diferentes grados de los PI o RCP, aunque la evidencia destaca que con los estudios realizados no se pueden hacer recomendaciones sobre PF basadas en las preferencias de los pacientes (58). En cambio, en los resultados de muestras de estudios internacionales, la PFDRI es valorada positivamente por los miembros de la familia, y especialmente en el ámbito de pediatría (59,60), pudiendo realizar recomendaciones al respecto.

Añadir que, si el paciente es reanimado/acompañado, agradece tener un familiar cerca, porque lo sitúa y se ve acompañado, aunque a los pacientes les gustaría elegir el miembro de la familia que los tendría que acompañar (61,62). Si por el contrario el desenlace de la reanimación es infructuoso, la familia tiene conciencia de que se ha hecho todo lo posible por su familiar, minimizando el estrés postraumático y ayudando a la elaboración y afrontamiento del duelo de una forma positiva (33,63-65), así como también el acompañamiento se convierte en una oportunidad para proporcionar soporte espiritual entre los diferentes intervinientes (63,66,67). Los motivos indicados por la familia para querer «estar ahí» son diferentes, aunque coinciden con las visiones positivas que tienen los profesionales sobre el tema: toma rápida de decisiones, ver los esfuerzos de los profesionales sanitarios y comprobar que se hace todo lo humanamente posible por el paciente, disminución de la ansiedad y el temor de la familia, y una mejor adhesión al tratamiento posterior, si es el caso (68).

La PF es imprescindible en la recolección de datos y en la vigilancia de la salud del paciente, ya que están a su lado la mayoría del tiempo y atienden sus necesidades de manera que la calidad de los cuidados aumenta (69).

Destacar, en relación a la ayuda al paciente, que las actitudes de ayuda no son generalizadas y que hay familias que no colaboran en el cuidado del paciente, desencadenando un desgaste al equipo (68), por lo que la selección del familiar en el acompañamiento es fundamental, debiendo tener un familiar de referencia para la comunicación.

Generalmente, los pacientes prefieren estar acompañados por sus familiares, pero condicionado al tipo de procedimiento al que se les va a someter, y previenen el tipo de reacciones que podrían tener ante la presencia del evento (61,62,70). En cuanto a los motivos de los pacientes para querer estar acompañados son varios y muchos de ellos están relacionados con las necesidades de las familias, reconociéndolas, como la facilidad de acceso a la información, el acompañamiento y cubrir las necesidades emocionales, pero se deberían equilibrar con las capacidades de los equipos para poder gestionar este acompañamiento (71). Muchos de los estudios revelan que los familiares que han presenciado una RCP lo consideran como un derecho (59).

### 3.3. Posicionamiento de los organismos oficiales sobre la presencia familiar. Contexto ético-legal

La implementación de las políticas sobre PF es recomendable según numerosas conclusiones de estudios de diferentes países, culturas y religiones (52,72), pero muchas de estas recomendaciones no se han aplicado en la práctica, ya que generalizar e implementar estas políticas sanitarias es muy complejo debido a la diversidad de costumbres y creencias de los diferentes países (73,74).

Numerosos organismos oficiales y asociaciones de profesionales sanitarios que se han posicionado en la PFDRI abogan por su implementación tanto en políticas institucionales como en protocolos o guías; a modo de ejemplo, se han pronunciado al respecto: en Estados Unidos (EEUU), la Emergency Nurses Association (ENA) (58) y la American Association of Critical Care Nurses (AACCN) (75). En Europa, el European Resuscitation Council (ERC) (76) y, a través de una declaración de consenso, la European Federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) y la European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC), alentando que «todas las unidades de cuidados intensivos deben disponer de protocolos de actuación por escrito, en lo referente a la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar» (77).

Éticamente, no podemos ignorar la perspectiva del paciente. En el principio ético de la beneficencia, cada vez más, los pacientes se implican en las guías de resucitación, para ayudar a los profesionales de la salud a decidir qué enfoques de tratamiento son los más apropiados. El principio de autonomía obliga a los profesionales sanitarios a respetar las preferencias del paciente y a tomar las decisiones de acuerdo con los valores y preferencias de este, colocando al paciente como sujeto de toma de decisiones. El principio de autonomía se implementa a través del consentimiento libre e informado, pudiendo el paciente cambiar de decisión en cualquier momento. Un recurso para los profesionales son las voluntades anticipadas, aunque muchas veces los profesionales no tienen acceso a estos documentos. Esta situación puede generar un conflicto, pero el



principio de no maleficencia indica que, si no conocemos las instrucciones anticipadas, hemos de realizar lo mejor para el paciente, intentando no dañarlo, por lo que la RCP o los PI se convierten en norma para la mayoría de los pacientes críticos (76).

El International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), formado por organismos oficiales en reanimación, en sus recomendaciones de 2015 destaca que «En ausencia de datos que confirmen un efecto perjudicial, y contando con datos que sugieren un posible efecto beneficioso, ofrecer a familiares seleccionados la oportunidad de estar presentes durante la reanimación de un ser querido parece razonable (siempre y cuando el paciente no haya declarado previamente su oposición a ello)». Y que «Los miembros del equipo de reanimación deberán ser sensibles a la presencia de familiares durante las maniobras de RCP, asignando a un miembro del equipo (si ello es posible) que, estando a disposición de los familiares, pueda responder a sus preguntas, aclarar información y, en cualquier caso, ofrecer consuelo y apoyo» (78). Aunque el reconocimiento del derecho a la PF es evidente, el Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar (ERC) (integrante del ILCOR) alerta de que no es una práctica habitual (76).

Los estudios concluyen que es necesaria la implementación de guías y protocolos individuales. Existen pocas instituciones que los hayan definido, y el equipo sanitario prefiere tener guías de criterios de inclusión, exclusión y procedimientos como protocolo o recomendaciones para seguir en caso de PFDRI (35,48,52,53).

El protocolo debería incluir las competencias y responsabilidades de cada miembro del equipo, incluyendo al FF, y diseñar estrategias para los posibles desenlaces de la situación, tanto para la familia como para los intervinientes en el equipo de salud (42), ser evaluado periódicamente y recibir apoyo educacional al respecto (55)

La implementación de políticas sanitarias sobre PFDRI ayudaría a proporcionar más coherencia en la práctica clínica y a eliminar la angustia moral que experimenta el profesional sanitario obligado a tomar decisiones difíciles durante un evento estresante (60), permitiendo a la familia permanecer junto a su ser querido, y decidiendo si quieren asistir a los PI, de una manera cultural, ética y legalmente aceptable (79).

Un obstáculo para la PFDRI, según los resultados de los estudios, sigue siendo la formación de los profesionales sanitarios y la falta de políticas al respecto (34,60,80), y cuando esta política existe, el desconocimiento del personal puede provocar su no aplicación (80-82).

### 3.4. Formación de los profesionales sobre la presencia familiar

Las conclusiones de los estudios realizados hasta el momento que evalúan la PFDRI destacan la necesidad de formación por parte de los profesionales para la mejor aceptación de la PFDRI, aparte de unas guías y protocolos al respecto que den seguridad al equipo sanitario, tanto en el procedimiento como en el manejo de la familia presente en la RCP o los PI; por lo tanto, los estudios publicados sobre la formación de los profesionales ante la PF, derivados de esta necesidad, presentan diversas perspectivas de cómo formar al personal para mejorar la implementación de la PFDRI (83).

La literatura relacionada con la PF vincula las creencias y actitudes del personal sanitario con su predisposición para aceptar la PFDRI, muchas de ellas utilizándolas como barreras para no permitir esta práctica. La decisión de invitar o no a las familias viene influenciada por tres condiciones: la primera es tener disponibilidad de un personal del equipo que apoye a la familia mientras se realiza el procedimiento; la segunda sería la falta de un protocolo y de guías que orienten a los profesionales; y la tercera y última sería que el mismo paciente dejara instrucciones para que uno de sus seres queridos presencie los procedimientos, o sea, que diera su consentimiento informado a esta PF (84). A modo de resumen, las barreras que los profesionales sanitarios presentan para no permitir la PFDRI son: el vacío ético-legal sobre esta práctica, con falta de guías y protocolos al respecto, provocando miedo a posibles denuncias por parte de la familia e incrementando la tensión y presión sobre el equipo sanitario; el poco espacio en el lugar de la intervención (tanto en RCP como en PI), con lo que la familia podría interrumpir o entorpecer el procedimiento, provocando una dificultad añadida al trabajo sanitario y que los familiares presentes en los procedimientos puedan presentar traumas por lo que han visto y sentido; por último, a nivel organizativo se enumeran barreras como falta de personal, de tiempo y de recursos económicos, y que el personal sanitario se deja llevar por la inercia de la práctica clínica usual (85,86).

Los estudios, para mejorar la implementación y adherencia a la práctica de PFDRI, recomiendan prácticas de formación, a través de simulaciones de vídeo, exposiciones orales y experiencias sobre prácticas basadas en la evidencia y preguntas para facilitar la discusión guiada, y así, se familiariza a los profesionales y estudiantes con la PFDRI, incrementando el conocimiento y proporcionándoles una oportunidad estructurada y ensayada antes de encontrarse con esta situación en la práctica clínica real (87). Otras investigaciones difieren de esta metodología, recopilando a través de cuestionarios información sobre opiniones y creencias de los profesionales sanitarios antes y después de una formación específica en PFDRI. Adquirir competencias en el manejo de la PFDRI es la clave para la aceptación, el soporte y el ofrecimiento a las familias por parte de los equipos sanitarios (35,88). La formación debería contener «información sobre políticas

institucionales, métodos para incorporar a los miembros de la familia en el proceso e intervenciones para apoyar las necesidades psicosociales de los miembros de la familia» (82).

En la actualidad, la evidencia científica coincide en utilizar un miembro del equipo sanitario, generalmente personal de enfermería, que acompañe al familiar presente en la RCP o PI, explicando los procedimientos y apoyando emocionalmente a la familia. La disponibilidad de un FF sigue presente en las guías como un aspecto positivo para dar soporte a la familia cuando esté presente (27,35,55). En la literatura analizada, este rol también puede ser ejercido por otros profesionales como trabajadores sociales o personal religioso, tras una formación adecuada en el tema y en procedimientos sanitarios (89).

La Asociación de Enfermeras de Emergencias (ENA) en EEUU, en 2007 publicó el libro *Presentando la opción de presencia familiar*, actualizado en los años 2012 y 2019 con una revisión bibliográfica (58). Esta publicación consta de información actualizada sobre el tema de PFDRI desde diferentes perspectivas de los intervinientes: pacientes, familiares y personal sanitario, y resalta los vacíos en protocolos de las instituciones, de manera que se convierten en unas directrices de mucha utilidad para facilitar la elaboración de planes de intervención, documentos, guías o protocolos (60).

### 3.5. Factores condicionantes culturales y religiosos

Los principios bioéticos son influenciados por los matices culturales y religiosos, como así expresa Juan Carlos Siurana Aparisi en su estudio de revisión y reflexión (90), donde asienta las bases para una bioética intercultural y relata las diferencias entre los países, culturas y religiones en la interpretación de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. También se generan diferencias cuando se habla del cuidado centrado en la familia (91).

Estas diferencias son las que también influyen en la visión social y profesional de la PFDRI. En la cultura anglosajona, la PFDRI se considera un derecho (33,40), mientras que en las culturas con religión musulmana, sobre todo en Oriente Medio, el acompañamiento es fundamental para la familia creyente para así dar cumplimiento al deber religioso de la familia de recitar *Shahadab* al paciente muy enfermo o moribundo, mientras se permanece junto a su cama; pero la familia, al tener lazos muy fuertes, es difícil que se mantenga desapasionada, de ahí la reticencia de los profesionales sanitarios para permitir la PFDRI (92).

El análisis de la literatura centrada en los factores culturales y religiosos sobre PFDRI difiere mucho según la cultura, la religión y las costumbres de los países de donde procede, destacando que la mayoría de ellos presentan muestras pequeñas, limitadas

geográficamente, no pudiendo extrapolar los resultados a la población en general, y se ha de tener en cuenta que la implementación de la PFDRI no es común. Por lo tanto, este análisis a modo de una perspectiva globalizada está basado en estos estudios que son difícilmente extrapolables, pero que identifican las barreras culturales y sociales al respecto.

En la sociedad europea, existen diferencias en las percepciones entre los países del norte y del sur, de manera que los países nórdicos y los anglosajones difieren en su percepción de la PFDRI respecto a los mediterráneos. Generalizando, la población, los pacientes y familiares están a favor de la PFDRI, mientras que en los profesionales sanitarios existen reticencias o directamente se niegan a esta práctica, sobre todo en los países del sur de Europa. Se recalca que los resultados de los estudios hallados son difícilmente extrapolables. De todos modos, cuando los estudios están realizados en el ámbito pediátrico, los resultados son más favorables a la PF que cuando la población es adulta. En los países anglosajones y nórdicos la PFDRI se considera «un derecho» del paciente y los familiares. Los artículos hallados son de: Reino Unido (71,77,93-96), España (8,10,25,55,72,97-102), Turquía (103-105), Polonia (106,107), Israel (47), Francia (27,50), Alemania (108), Finlandia (109), Suecia (110,111) y Grecia (49,112). Hay que destacar que cuando los artículos analizan la diferencia entre personal médico y de enfermería, generalmente, los primeros están menos a favor de la PFDRI que los segundos.

En la sociedad asiática el concepto de PFDR, en general, no es aceptado por los profesionales, pero sí el concepto de PFDI, donde enfermería está más a favor que el personal médico. En cambio, la mayoría de pacientes y familiares sí que aceptan la PFDRI, aunque también hay matices, destacando el miedo a no comprender lo que está acaeciendo en el momento, y en artículos que analizan tanto al equipo sanitario como a los pacientes y familiares se cita la necesidad de la existencia de un FF (51,113,114). Los artículos son de diferentes países: Malasia (45,115), Taiwán (51), Corea (116-118), Filipinas (119); y en países árabes existen artículos de: Bahrein (120), Arabia Saudí (46,121,122), Irán (73,114,123-125), Jordania (79,126-128) y Pakistán (129).

Los estudios analizados de EEUU, Canadá y México reflejan una aceptación parcial, aunque mayoritaria (65 % aproximadamente), de la PFDRI de los sanitarios, aunque en la población es mayormente aceptada. EEUU es el país donde se produce mayor cantidad y variedad de investigaciones al respecto, más de 30 en los últimos 10 años, incluyendo estudios tanto con metodología cuantitativa como cualitativa. Existen estudios de percepciones y opiniones de personal sanitario, de pacientes y familiares, de guías y protocolos, directrices de sus asociaciones profesionales sanitarias, de formación, etc. Ya dentro de EEUU, es difícil realizar generalizaciones, pero si se realizan se llega a la

conclusión de que la PFDRI es beneficiosa para todo el mundo, tanto pacientes y familias como profesionales de la salud, generando calidad en la atención sanitaria, y menos estrés en la familia, de manera que comprueba que se ha realizado todo lo posible por su ser querido y que se facilita la toma de decisiones en el momento. Generalizando también, en las conclusiones de los mismos se hace hincapié en la presencia de un FF, y en la necesidad de guías y protocolos personalizados para así poder adaptar las recomendaciones de los organismos oficiales a la realidad de cada institución, para hacer posible de una manera eficiente y efectiva la implementación de estas políticas.

Las investigaciones llevadas a cabo en Canadá (130-132) se centran, sobre todo, en el tema del cuidado centrado en el paciente y en el análisis del rol de la familia como cuidadora. En México (133), se presentó un estudio en base a la RCP presenciada como el objeto de análisis en el marco de las reconfiguraciones actuales culturales mexicanas, concluyendo que existe un deseo de los pacientes de ser acompañados por sus familiares que contrasta con un respeto a la tradición y al poder del personal sanitario.

En Sudamérica, los estudios hallados corresponden a países como Brasil (134,135), Chile (33), Argentina (136) y Trinidad y Tobago (20), donde se utilizan métodos cualitativos para profundizar en la experiencia de la PFDRI, destacando como conclusión que la PF es mayormente aceptada en el ámbito pediátrico que en el ámbito adulto.

En África solo se ha obtenido un estudio con metodología cualitativa, en donde se explora la PFDR en Ruanda (137). Este estudio refiere la novedad del concepto de PFDR para el personal sanitario entrevistado.

Por último, en Australia existen diversos estudios de diferentes perspectivas y metodologías, tanto en PI como en RCP (42,123,138,139), y los resultados muestran que la PF puede ser beneficiosa para pacientes, familia y profesionales sanitarios, dependiendo de factores ya descritos anteriormente.

### 3.6. Efectos de la PFDRI

Existen abundantes estudios descriptivos en donde se analizan los efectos percibidos en el momento de practicar la PFDRI, desde perspectivas diferentes como son la familia, el paciente o el personal sanitario. En cambio, existe poca evidencia hallada en medir los efectos a largo plazo de la PFDRI, sobre todo en la parte psicológica. El estudio de Jabre (50), contextualizado en un entorno prehospitalario, analiza la PFDR, destacando que los familiares que acompañaron a su ser querido en la RCP tuvieron menos estrés postraumático y depresión mayor que los que no, concluyendo que un año después del evento de RCP los beneficios psicológicos persistían.

Otros estudios, como el de Robinson (96), contextualizados en UCI, concuerdan con los de Jabre, alegando que el sufrimiento del familiar se había aliviado al presenciar la RCP, teniendo puntuaciones menores relacionadas con la ansiedad, la depresión y el dolor que los que no pudieron presenciar las maniobras de resucitación. Otros estudios difieren de estas conclusiones, como son los de Compton (140) y Pasquale (141), en donde las puntuaciones relacionadas con el estrés y el duelo no difieren estadísticamente entre grupos participantes o no en la PFDRI, pero sí que relatan que la PFDR no tuvo consecuencias psicológicas adversas. Se deben considerar las limitaciones de todos estos estudios, que a modo de ejemplo son muestras pequeñas, o los criterios de inclusión o exclusión que podrían condicionar los resultados de estos estudios.

### 3.7. Estudios en contexto pediátrico

Este estudio está contextualizado en el ámbito del paciente adulto, pero se detalla el ámbito pediátrico ya que, al considerar al menor una persona vulnerable, incapaz para la toma de decisiones, se considera a la familia parte inseparable del menor (142) y se reconoce el derecho a acompañar (143), de manera que la PF está más aceptada por parte de todos los intervinientes en las técnicas tanto de PI como de RCP (54,136,144), posibilitando un cambio de paradigma.

Existen numerosos estudios en el ámbito de la pediatría sobre la PFDRI, y situados en diferentes contextos, pero sobre todo en UCI y urgencias, en donde los padres solicitan acompañar al menor para tranquilizarlo y supervisar su tratamiento (145), pudiendo aportar información sobre el estado de salud del niño en cualquier momento, justificando la implementación de esta práctica (142,146).

En relación con los PI, la PF suele estar generalizada. Entre los motivos para restringir la presencia de los padres destacan la ansiedad, la falta de formación/preparación de los padres y el poco grado de acuerdo del personal sanitario, junto con un peor rendimiento a la hora de realizar la técnica (98), alentando la PF en menor medida según aumenta el grado de invasividad del PI (147). Aunque la mayoría de los niños desean estar acompañados por sus familiares (72), no pasa lo mismo cuando son los adultos los que tienen que decidir, siendo la voluntad de acompañamiento inversamente proporcional al grado de invasividad del PI (49,148). El acompañar al menor y poder incluir a los progenitores en su cuidado aumenta el grado de confianza y satisfacción de los cuidados en los padres, disminuyendo su ansiedad (132). En cuanto al equipo sanitario, una mayor experiencia y la existencia de guías sobre el tema incrementan el grado de acuerdo de la PFDRI (49), aunque contrasta con el estudio de Fernandes-Pires en donde los profesionales sanitarios con menos de 10 años de haberse titulado son más favorables a la PFDI (149).

También, los estudios en este contexto pediátrico sugieren utilizar la figura del facilitador familiar (FF) para aliviar el estrés de todas las partes y potenciar la participación de la familia en la RCP o PI (142).

Como resultado de algunas revisiones de PFDRI en pediatría, se concluye que se deben incentivar las investigaciones para promover la PFDRI, elaborando programas y políticas institucionales de sensibilización y capacitación del equipo sanitario, de manera que se puedan atender también las necesidades de la familia (64,143,150).

Por último, destacar el programa PAGER, en EEUU, que tiene como objetivo asegurar que las familias de los pacientes tengan la opción de estar con su hijo durante la RC (151). Este programa está formado por profesionales interdisciplinarios que trabajan en UCI pediátricas y las familias de los pacientes ingresados.

## 4. OBJETIVOS

---



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

#### 4.1. Objetivo general

Analizar la opinión de profesionales sanitarios, de los pacientes y de familiares sobre la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos en el CSG.

#### 4.2. Objetivos específicos

**Objetivo 1.** Estudiar el contexto ético-legal de la práctica de PFDRI en España.

**Objetivo 2.** Determinar las actitudes, experiencias y voluntades de los pacientes, atendidos en el CSAPG, y sus familiares, respecto a la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos (PFDRI).

**Objetivo 3.** Determinar las actitudes y experiencias de los médicos y enfermeras del CSAPG frente a la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar (PFDR).

**Objetivo 4.** Determinar las actitudes y experiencias del personal de enfermería y medicina del CSG frente a la presencia familiar durante procedimientos invasivos (PFDI).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

## 5. METODOLOGÍA

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

En este apartado se presenta la síntesis metodológica utilizada para la realización de esta tesis, compuesta por compendio de artículos, y que se ha realizado con la finalidad de conseguir los objetivos propuestos en esta investigación. En estos momentos, está siendo considerado para su publicación otro estudio donde se analiza la percepción de la PFDI desde la perspectiva del personal sanitario.

La metodología varía en cada estudio y, para obtener una visión clara, se ha desarrollado el siguiente esquema, donde cada estudio está diseñado para cumplir un objetivo (Figura 2).

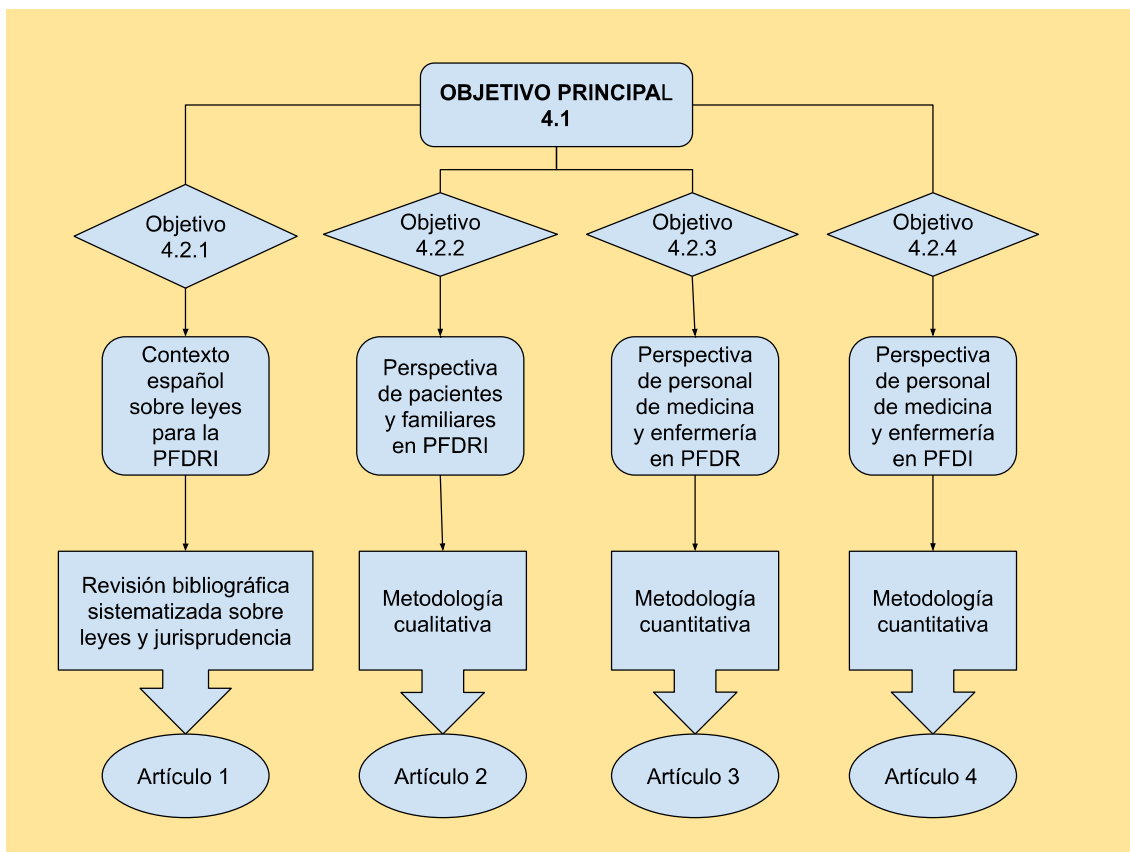


Figura 2. Metodología de la investigación (elaboración propia)

### 5.1. Contextualización de la investigación

El Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf (CSAPG), creado el 1 de abril de 2019, integra los recursos sanitarios del Consorci Sanitari del Garraf y el Consorci Sanitari de l'Alt Penedès (152).

El Consorci Sanitari del Garraf, a su vez, consta del Hospital Residencia Sant Camil (HRSC), el Hospital Sant Antoni Abat (HSAA) y el Centre de Rehabilitació (153). Los tres están situados en la comarca del Garraf (Barcelona, Cataluña, España).

La investigación se desarrolló en el Hospital Residència Sant Camil (HRSC) y en el Hospital Sant Antoni Abat (HSAA).

El Hospital Residencia Sant Camil (HRSC) es el hospital de referencia de la comarca del Garraf y es la sede social del CSG. Está situado en el término municipal de Sant Pere de Ribes.



Figura 3. HRSC. Entrada principal y de urgencias (elaboración propia)

El centro está integrado en la Red de Hospitales de Utilización Pública y ofrece asistencia sanitaria y sociosanitaria desde el año 1975. Los 25 000 m<sup>2</sup> de instalaciones acogen un amplio abanico de servicios y especialidades médicas al servicio de la población del territorio (154).

El HRSC es un centro hospitalario con 295 camas (155) y sus áreas de atención son consultas externas, cuidados intensivos, cuidados paliativos, hospital de día de crónicos y onto-hematología, larga estancia, psicogeriatría, quirófanos, residencia y residencia asistida y urgencias, con soporte a la atención al usuario de banco de sangre, anatomía patológica, diagnóstico por imagen, farmacia, fisioterapia, laboratorio, podología, psicología, terapia ocupacional, trabajo social y unidad de diagnóstico rápido.

El Hospital Sant Antoni Abat (HSAA), situado en Vilanova i la Geltrú, ofrece servicios sanitarios y sociosanitarios en la comarca del Garraf. Su historia se remonta al siglo XIV, aunque con el tiempo ha cambiado de sitio, hasta su ubicación actual, al lado de la iglesia. Anteriormente, fue un convento de carmelitas. En sus instalaciones hay diferentes servicios, como, por ejemplo, consultas externas, diálisis, hospital de día sociosanitario, medicina del deporte, urgencias, plantas de hospitalización sociosanitaria y psicogeriatría, etc. (156).

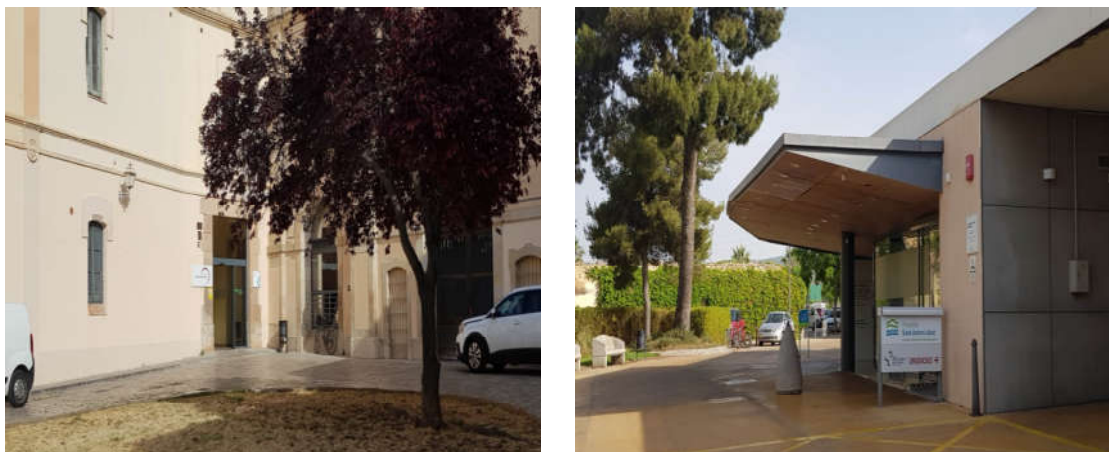


Figura 4. Entrada principal y de urgencias del HSAA (elaboración propia)

El HSAA consta de tres plantas de hospitalización, con 92 camas, y los criterios de ingreso son de pacientes subagudos, convalecencia, psicogeriatría y larga estancia.

En este hospital se llevaron a cabo las entrevistas a familiares y pacientes, después de haber estado en la UCI o haber padecido un procedimiento invasivo de alto riesgo.

Estos dos centros comparten misión, visión y valores, ya que pertenecen a la misma institución.

Las encuestas al personal de medicina y enfermería se llevaron a cabo en los dos centros hospitalarios: Hospital Residencia Sant Camil y Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, y estuvieron dirigidas a médicos y enfermeras de todos los servicios del hospital, en particular a UCI, urgencias (UCIAS), plantas hospitalarias, sociosanitario, unidades de curas paliativas, diálisis y hospital de día, residencia y rehabilitación.

## 5.2. Aspectos éticos

Todos los estudios que componen este trabajo se han desarrollado según la legislación vigente y en su desarrollo se han respetado los principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos detallados en la Declaración de Helsinki (157), aprobados en Somerset West (Sudáfrica) en octubre de 1996.

Este proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals, con el código CEIC 15/31 (Anexo 2).

Según el Reglamento de la Unión Europea (UE) 2016/679 del Parlamento, del Consejo, de 27 de abril de 2016 (158), relativo a la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales, para garantizar el anonimato de los participantes entrevistados, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se informó a los participantes de la



naturaleza y características del estudio, y posteriormente se les facilitó el consentimiento informado (CI) (Anexo 3), autorizando la participación en el estudio mediante su firma, el mismo día de la entrevista. Los cuestionarios cumplimentados por el personal sanitario eran anónimos.

El acceso y almacenamiento de los datos de carácter personal (CI) fue limitado al responsable de este estudio. Los datos y grabaciones personales se destruirán pasados 3 años de la finalización de este proyecto y están almacenados en un banco de datos.

### **5.3. Estudio 1. «Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar en España. Reflexiones ético-legales»**

Como consecuencia de la revisión bibliográfica inicial, en los resultados relacionados con la visión de los profesionales sanitarios se obtuvo como una limitación a la PF el no disponer de un estado de la cuestión desde el punto de vista jurídico ni de protocolos concretos que permitan una PFDRI. Concretamente, de los 11 artículos obtenidos, en 6 de ellos se cita el miedo a posibles denuncias y en 9 se recomienda la elaboración de protocolos y políticas que posibiliten la PFDRI, de manera que se diseñó una revisión bibliográfica sistematizada, centrada en ética y jurisprudencia en el Estado español, para conocer las limitaciones y coberturas que se dan en la situación de admitir acompañantes en PI y RCP. Este estudio originó el primer artículo que fue publicado en la revista *Ética de Enfermería* en diciembre de 2019. Para realizar esta revisión bibliográfica sistematizada, se partió de una pregunta en formato PICO (159), que permitió posteriormente el diseño de las estrategias de búsqueda que consistieron en combinar las palabras clave dentro de las bases de datos en idioma español (Figura 5). Las palabras clave fueron: presencia familiar, procedimientos invasivos, RCP, reanimación y ética, combinadas entre ellas. Las bases de datos consultadas fueron Pubmed, Elsevier, Scopus y Scholar Google, y en la búsqueda de jurisprudencia y leyes fueron Ley Digital 360 y Noticias Jurídicas.

Estructura de pregunta PICO	
P (pregunta)	La presencia familiar durante procedimientos invasivos y/o reanimación (PFDI) es un tema actual y controvertido. ¿Qué estudios de investigación originales hay en España sobre PFDI?
I (intervención)	Búsqueda bibliográfica sistemática sobre estudios realizados en España sobre PFDI, que sondean opiniones sobre familiares, pacientes y equipos sanitarios. Búsqueda de jurisprudencia y leyes al respecto en el Estado español. En idioma español.
C (comparación)	Práctica sobre PFDI en España en comparación con los estudios de otros países. No se comparan las leyes españolas con las leyes de otros países, ya que cada legislación es diferente, aunque algunas tengan puntos en común.
O (resultados)	Exposición, análisis de leyes y jurisprudencia frente a los resultados de la revisión sistemática.

Figura 5. Estructura de pregunta PICO (elaboración propia)

Se utilizó una plantilla de extracción para la utilización de los siguientes datos: referencias (autor principal, título, año de publicación), objetivos e hipótesis, diseño, variables y análisis, resultados/implicaciones y clasificación de la evidencia según dos factores: calidad de evidencia y nivel de evidencia según Melnyk & Fineout-Overholt (160).

<p>* Clasificación de la calidad de evidencia</p> <p>I.- Calidad aceptable: no hay preocupaciones.</p> <p>II.- Limitaciones en calidad: defectos de menor importancia o inconsistencias en la evidencia.</p> <p>III.- Las principales limitaciones en calidad: muchos defectos e inconsistencias en la evidencia.</p> <p>IV.- No aceptable: los principales fallos en la evidencia.</p> <p>** Clasificación de los niveles de evidencia</p> <p>I.- Evidencia a partir de una revisión sistemática o metaanálisis o evidencia basada en clínica.</p> <p>II.- Evidencia obtenida de al menos un bien diseñado ensayo controlado aleatorio.</p> <p>III.- Evidencia obtenida de los ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización.</p> <p>IV.- Evidencia obtenida a partir de los estudios de casos y controles y de cohortes bien diseñados.</p> <p>V.- Evidencia de las revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos.</p> <p>VI. - Evidencia de un único estudio descriptivo o cualitativo.</p> <p>VII.- Evidencia de la opinión de las autoridades y/o informes de comités de expertos.</p>
---

Figura 6. Evaluación de la calidad y niveles de evidencia (Melnyk & Fineout-Overholt)

#### 5.4. Estudio 2. «Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions»

Se realizó un estudio sobre opiniones y vivencias de pacientes y familiares que experimentaron procedimientos invasivos y reanimación, publicado en diciembre de 2020 en la revista *Nursing Ethics*. La metodología, descrita en el artículo, fue de diseño descriptivo cualitativo, utilizando el análisis de contenido como enfoque descriptivo de los resultados obtenidos para poder realizar un proceso de análisis del fenómeno estudiado. La herramienta de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas para explorar las vivencias de los familiares y pacientes que tuvieron la experiencia con PI y RCP. A continuación, podemos ver un esquema con los pasos realizados para llevar a cabo el proceso de elaboración de este estudio (Figura 7).

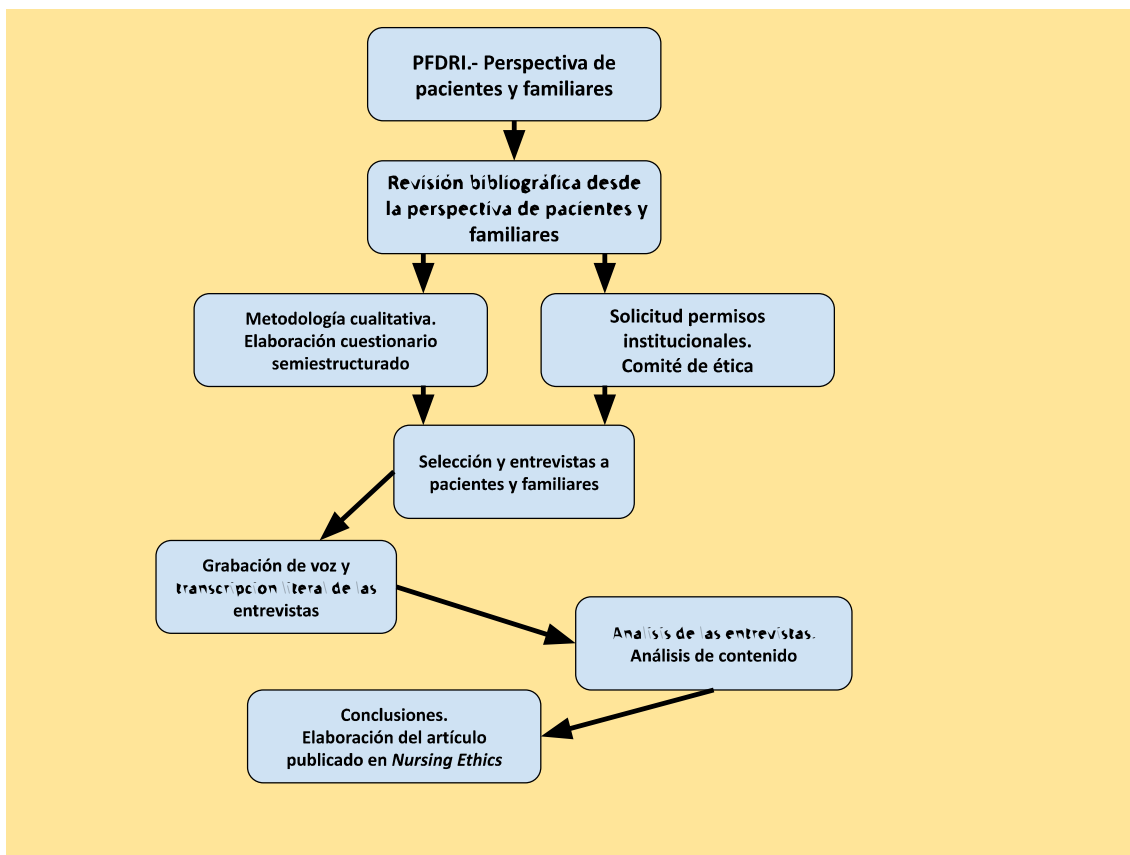


Figura 7. Proceso de elaboración del estudio 2 (elaboración propia)

Las preguntas del guion diseñadas *ad hoc*, después de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, fueron semiestructuradas y abiertas, para permitir profundizar sobre las opiniones y experiencias de familiares y pacientes (Figura 8).

1. ¿Sabe lo que es un procedimiento invasivo? ¿Y una reanimación cardiopulmonar?
2. ¿Me podría hablar sobre la experiencia que ha tenido sobre la RCP/ PI?
3. ¿Cuál es la relación que tiene con la persona a la que le hicieron la RCP/PI? (para familiares)
4. Si sus familiares tuvieran la oportunidad de estar con usted mientras le reaniman, ¿cree que sería beneficioso o perjudicial para ellos? ¿Y para usted? ¿Podría ser traumático? ¿Y si estuvieran esperando en una habitación cercana?
5. Si le ofrecieran la posibilidad de acompañar a su ser querido mientras le realizan la RCP o un PI, ¿lo acompañaría? ¿Le han ofrecido esta posibilidad?
6. Si le preguntaran ante un procedimiento invasivo que le tienen que realizar, ¿querría estar acompañado por un familiar suyo?, ¿qué contestaría?, ¿y si fuera una reanimación?
7. ¿Ha tenido alguna experiencia de acompañamiento con algún familiar mientras le realizaban un RCP o una técnica invasiva?
8. ¿Considera que los médicos y enfermeras están preparados para aceptar en procedimientos de RCP o invasivos la presencia de un familiar que observe la técnica?
9. ¿Considera que la familia está preparada para acompañar?
10. ¿Considera que el acompañante interferiría?
11. ¿Considera que presenciar una reanimación de un ser querido sería traumático para usted?
12. ¿Le gustaría tener una persona que mientras están haciendo el PI o RCP le explicara los procedimientos y las decisiones?
13. ¿Le gustaría expresar algo más en relación con este tema?

Figura 8. Guion entrevista semiestructurada (elaboración propia)

Se realizaron tres entrevistas a diferentes personas voluntarias, a modo de prueba piloto, para saber si las cuestiones se entendían. Estas conversaciones no se han incluido en el estudio y la entrevista se inició en la pregunta 2 del guion. Se percibió que la nomenclatura de «reanimación y procedimiento invasivo» no era de uso común para los familiares y pacientes, de manera que, para clarificar y definir sobre qué se estaba preguntando, se añadió la pregunta número 1. Se destaca que, si la persona entrevistada no sabía los conceptos de reanimación y procedimiento invasivo, se le explicaban, asegurando que los había entendido, para posteriormente realizar las preguntas necesarias.

Se entrevistó a 18 personas, 8 pacientes y 10 familiares. Todos ellos tuvieron experiencia en PI o en RCP, aunque solo uno de los familiares tuvo la oportunidad de presenciar la RCP de su familiar.

Los pacientes fueron entrevistados en sus habitaciones o en espacios donde se permitía la intimidad para la conversación. Se les informó verbalmente antes de la entrevista del carácter de esta y, cuando accedieron, tuvieron el tiempo necesario para leer detenidamente el consentimiento informado (Anexo 3) y, si estaban de acuerdo en formar parte de la investigación, firmarlo. El mismo procedimiento se realizó con los familiares, pero esta vez la entrevista se realizó en una sala privada. Ningún familiar ni paciente se

negó a formar parte del estudio. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente para garantizar la precisión y permitir el análisis de datos adicionales. Generalmente, las entrevistas tenían una duración de 20 a 45 minutos. Finalizadas las entrevistas, se recogieron los datos sociodemográficos en el documento destinado para ello.

Posteriormente, se analizó mediante el método de análisis de contenido. La transcripción literal permitió realizar un análisis sistemático de los textos, mediante un sistema de codificación de manera que se aislaron categorías y subcategorías. Se utilizaron códigos descriptivos y deductivos, correspondientes al guion de la entrevista utilizado. Los códigos inductivos permitieron llegar a un análisis más explicativo del fenómeno estudiado. El análisis inductivo fue útil a la hora de abordar realidades poco estudiadas, ya que se va construyendo la evidencia en la saturación de la coincidencia de las respuestas. Para el análisis de estos datos no se utilizó ningún programa informático, y se realizó de manera manual. El procedimiento utilizado fue asignar a segmentos específicos de las entrevistas unos códigos. Algunas de estas categorías ya venían previamente definidas por el cuestionario, pero, aun así, se pudo profundizar en estas categorías con códigos inductivos que permitieron pasar de un análisis más descriptivo a otro más comprensivo o explicativo. Se sustrajeron elementos comunes y se realizaron generalizaciones representativas de todos los casos.

Para validar estos resultados y limitar el sesgo de visión de la investigadora principal, se realizó una triangulación entre dos investigadoras, de manera que el procedimiento fue leer y analizar por separado las transcripciones y, posteriormente, se consensuó la codificación de las unidades de significado, coincidiendo en las categorías resultantes.

A partir de los resultados del análisis de datos, anteriormente descritos, se extrajeron resultados y conclusiones.

### **5.5. Estudio 3. «Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument»**

El tercer estudio explora las opiniones y experiencias de los profesionales sanitarios en referencia a la PFDR. Para la consecución del objetivo sobre opiniones de profesionales de la salud, se utilizó metodología cuantitativa.

#### *5.5.1. Instrumentos de medida de la PFDR*

Para estudiar la PFDR, en la literatura actual, se han desarrollado diferentes instrumentos, muchos diseñados y utilizados *ad hoc* para un estudio en concreto, con preguntas tipo Likert, dicotómicas o en formato abierto. Otros se diseñaron y aplicaron

dentro de un contexto específico como, por ejemplo, la herramienta desarrollada por Youngson (139), evaluando la PF en los profesionales sobre actitudes durante el deterioro agudo en el paciente adulto ingresado en las UCI, siendo replicado más tarde por el mismo equipo o por Fulbrook (161), que evaluaba la PF concretamente para enfermeras de cuidados intensivos.

También, se han realizado estudios cualitativos con diseños diferentes, como entrevistas en profundidad o grupos de discusión.

Se seleccionó la herramienta de Twibell *et al.* (2008): Family Presence Risk-Benefit y Family Presence Self Confidence (FPRB-FPSC) (26), porque se ha replicado fácilmente y aplicado en diferentes contextos, por lo tanto, es comparable y ha servido de base para otros estudios sobre PF, traduciéndose a varios idiomas (Anexo 4). Naturalmente, antes de utilizar el cuestionario de Twibell *et al.* se solicitó el permiso a la autora, R. Twibell, que otorgó su consentimiento, facilitando el cuestionario original, y así poderlo utilizar, traducir y modificar si fuera preciso (Anexo 5).

#### 5.5.2. Descripción del instrumento original: FPRB-FPSC

La FPRB-FPSC está constituida por dos instrumentos para medir las variables perceptivas en el estudio de riesgos, beneficios percibidos y autoconfianza relacionados con la PFDR, basados en otros estudios tanto cualitativos como cuantitativos. La escala FPRB se utilizó para medir los riesgos y beneficios de la PF, mientras que la de FPSC fue diseñada para medir la autoconfianza, relacionada con la gestión de la reanimación de los pacientes con la familia presente. La escala FPRB, de 22 ítems, ofrece 5 opciones de respuesta tipo Likert, desde totalmente en desacuerdo [1] a totalmente de acuerdo [5], y el rango de puntuaciones posibles va de 26 a 130; a mayor puntuación indica mayor nivel de beneficio percibido de la PFDR. Los ítems que componen la escala de autoconfianza son 17, el rango de puntuaciones va desde 17 a 85, y las opciones de respuesta son 5 también, calificando desde muy inseguro [1] a muy seguro [5]. Una puntuación más alta indica un mayor nivel de autoconfianza. Las variables sociodemográficas se midieron utilizando elementos individuales que abordaban ítems como edad, género, educación, rol profesional, años de antigüedad en la profesión, etc. (26).

Inicialmente, el cuestionario original fue diseñado para recabar la opinión sobre la PF de las enfermeras, pero otros estudios como los de MacLean (162) y Chapman (48) incluyeron a los médicos, lo que permitió realizar comparaciones entre los dos grupos profesionales.

Para visualizar los pasos realizados, se ha diseñado el siguiente esquema (Figura 9):

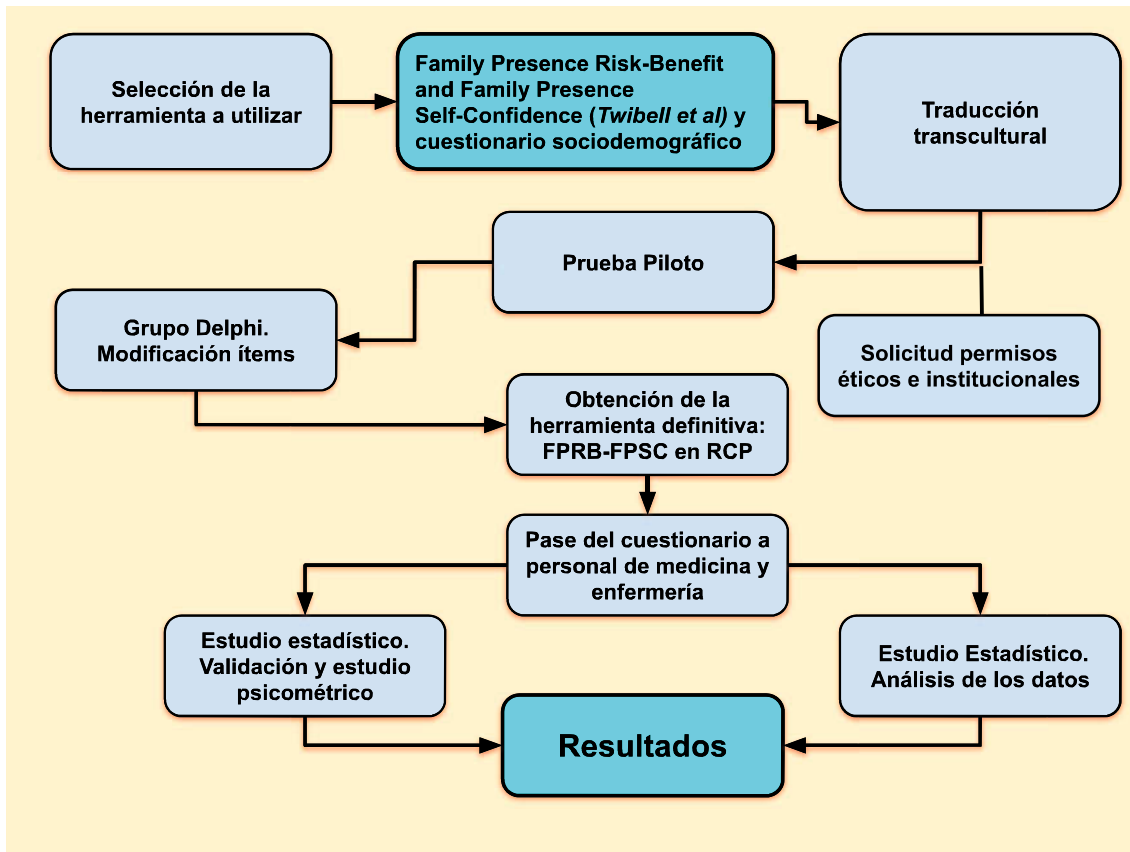


Figura 9. Metodología obtención herramienta FPRB-FPSC (elaboración propia)

El método de traducción transcultural fue el descrito por Sousa y Rojnasrirat (163), en donde el instrumento de origen, en este caso, la FPRB-FPSC de Twibell *et al.* (2008), es traducido por dos traductores titulados nativos españoles, el primero con conocimientos de lenguaje sanitario, y el segundo familiarizado con lenguaje coloquial. Los dos traductores tienen experiencia en el sector de la traducción. Seguidamente, dos nativos ingleses, con las mismas características que los anteriores, realizaron la traducción inversa, o retrotraducción, del español al inglés. Seguidamente, y con la ayuda de un tercer traductor, se evaluaron la similitud de los ítems traducidos y su sentido de pregunta, llegando a un consenso y generando el primer cuestionario provisional.

Posteriormente, este cuestionario fue sometido a una prueba piloto en donde 25 profesionales sanitarios respondieron al instrumento, pero también a si la pregunta se entendía bien y si se cambiaría algo de las preguntas. Los resultados de esta prueba arrojaron una problemática de comprensión en tres preguntas. Se reunió un equipo formado por expertos en investigación y sanidad (medicina y enfermería), que resolvió estos tres ítems, reformulándolos y llegando a un consenso, produciendo el cuestionario definitivo (Anexo 6).

Para poder realizar la comparativa, se llegó a la conclusión de que era necesario utilizar los mismos métodos utilizados en la encuesta original: el método de máxima

verosimilitud, con todas las variables, y calcular las medidas de fiabilidad (correlación ítem-total) y su consistencia interna (Alfa de Cronbach). También era necesario analizar los datos obtenidos, utilizando en este caso correlaciones entre los índices riesgo-beneficio y autoconfianza, utilizando la  $r$  de Pearson. El ANOVA fue utilizado para la comparativa entre los índices de escalas de actitudes, acciones y características de la muestra cuando había más de dos grupos; y para comparar medias entre dos grupos se utilizó la  $t$  de Student.

#### 5.6. Estudio 4. «Family presence during invasive procedures. A pilot study»

La metodología en este estudio se basa en una modificación de la escala FPRB-FPSC, traducida transculturalmente, adaptándola a PI en vez de situar los procedimientos solo en reanimación. Estos PI se dividieron en 3 categorías: PI de complejidad baja, media y alta, según las *Guidelines for Performance of Invasive Procedures by Medical Students* de la Yale University School of Medicine (164). Se anularon dos preguntas del cuestionario original, las preguntas 29 y 30, por no proceder en PI. Posteriormente, para evaluar la comprensión de los ítems modificados, se realizó una prueba piloto a 25 miembros del personal de enfermería y, como resultado, apareció un ítem con dificultad para su comprensión, el número 9. Se convocó un grupo Delphi de expertos en diferentes materias incluidas investigación, medicina y enfermería, llegando a un consenso para la redacción de la pregunta que se tendría que modificar para su mejor entendimiento. Seguidamente, y tras obtener el cuestionario definitivo en PI (Anexo 7), se invitó a participar a la totalidad del personal de medicina y enfermería, bajo el título “Presencia familiar durante procedimientos invasivos. Programados o no. Opinión de profesionales sanitarios. Prueba piloto”. También se añadió a las dos encuestas RB-SC el mismo cuestionario para datos sociodemográficos que en el anterior estudio para RCP.

La invitación se realizó mediante correo corporativo, en donde se incluía un enlace a la encuesta en Google Forms. También se realizó en formato papel y en formato QR, en donde el enlace se dirigía a la misma página web en donde estaba el cuestionario. Cuando el cuestionario se respondió en formato papel, los encuestados pudieron dejar su encuesta cumplimentada en una urna destinada para este fin, y el día posterior a la fecha límite la investigadora principal recogió las urnas. El periodo para responder a este estudio fue desde el 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2019.

El diagrama que aparece a continuación se realizó para tener una percepción más visual de cómo se desarrolló esta investigación (Figura 10).



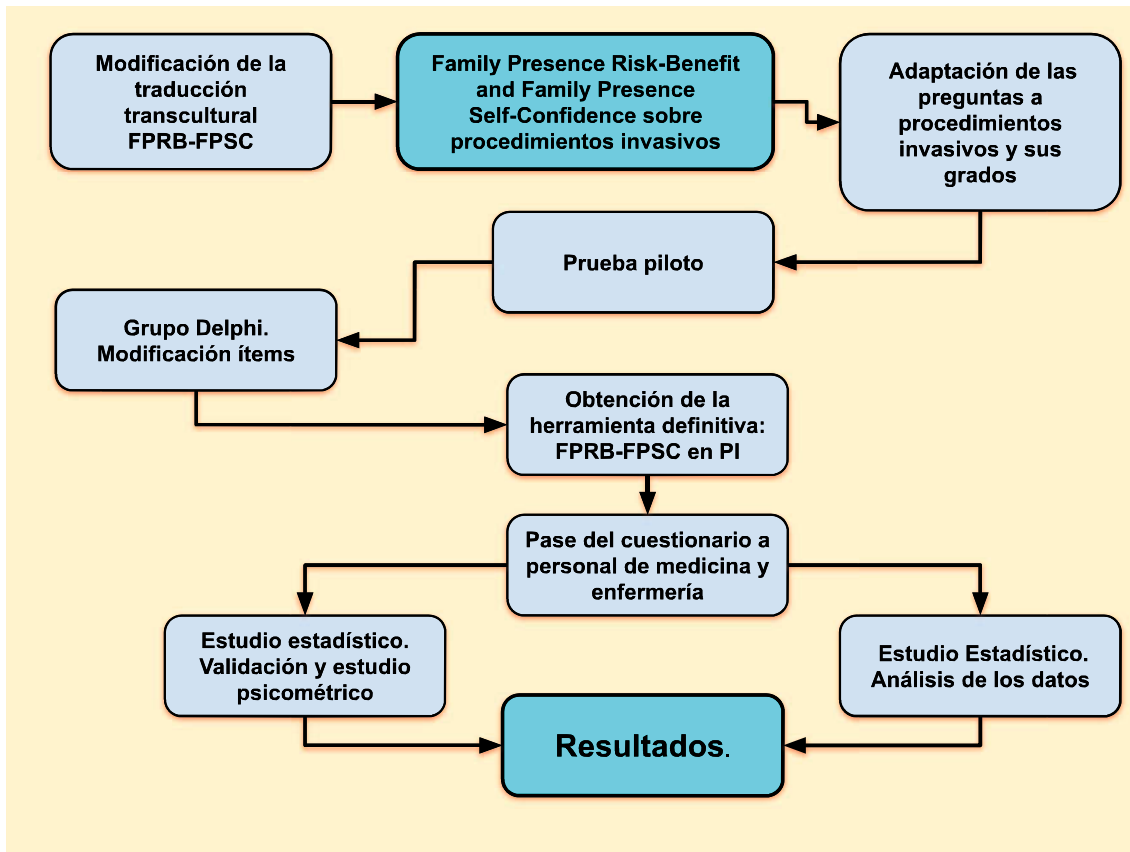


Figura 10. Metodología obtención herramienta FPRB-FPSC en PI (elaboración propia)

En cuanto al cálculo estadístico, se ha estudiado la validez del constructo mediante el Alfa de Cronbach y la correlación ítem-total. Para obtener conclusiones sobre los datos analizados, se ha utilizado el mismo procedimiento que en el artículo anterior, sustituyendo la *t* de Student para la comparación de medias por pruebas no paramétricas. Los motivos son que las muestras son pequeñas y son escalas de medida ordinales. Se realizó una comprobación de cálculos entre pruebas paramétricas y no paramétricas y en los contrastes muestran los mismos resultados.

## 6. RESULTADOS

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

Se han generado 4 artículos, uno de ellos, el último, enviado a la revista *Nursing Ethics* y pendiente de la respuesta para su publicación.

El primer artículo se publicó en la revista *Ética de los Cuidados*, de Ciberindex, y es en lengua española. Es una revista digital con periodicidad semestral, promovida por la Fundación Index. Está incluida en las bases de datos Latindex, CINAHL, CUIDEN, Cuidatge, en la hemeroteca Cantárida y en el fondo de revistas a texto completo Summa CUIDEN (164).

El segundo artículo fue traducido al inglés y se publicó en la revista *Nursing Ethics*. Esta revista, en el ámbito de la enfermería, adopta un enfoque práctico de la ética y la relaciona con el entorno laboral. Es una revista académica revisada por pares. Esta revista está indexada en Scopus y Journal Citation Reports (JCR) (165).

El tercer artículo fue traducido al inglés y publicado en la revista *BMC Health Services Research*. Esta revista, de acceso abierto, es revisada por pares, y considera artículos sobre todos los aspectos de investigación de servicios de salud. Está indexada en Google Scholar, Journal Citation Reports (JCR), Medline, Pubmed Central, SCImago y Scopus (166).

El cuarto artículo está enviado (Anexo 8) a la revista *Nursing Ethics* para considerarlo a publicar. En este estudio se plasman las conclusiones y resultados de la investigación sobre la percepción de autoconfianza y riesgo-beneficio de los profesionales de medicina y enfermería, en cuanto a la presencia familiar en procedimientos invasivos.

Hay que destacar que, aunque se utilizó el cuestionario para extraer datos cuantitativos, en el segundo y cuarto artículos, al final del cuestionario se realizaban unas preguntas abiertas que ofrecían la posibilidad de realizar comentarios al respecto. El planteamiento de la encuesta abrió la posibilidad al personal sanitario a plantearse y reflexionar sobre la PFDRI, originando estupefacción, curiosidad e incredulidad, y provocando varios comentarios al respecto como, por ejemplo, que permitir la PFDRI humanizaría los hospitales, que la PFDRI es surrealista y poco práctica, o que conocen hospitales en EEUU que permiten la PF en la mayoría de sus servicios. Estos comentarios no coinciden con estudios hallados en la literatura, sobre todo porque en estos, la mayoría de tipo cuantitativo, no se ha permitido expresar opiniones y experiencias con comentarios en abierto, lo que podría originar un sesgo en esta percepción.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

## 6.1. ARTÍCULO 1. PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ESPAÑA. REFLEXIONES ÉTICO-LEGALES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

## ÉTICA DE LOS CUIDADOS

REVISTA PARA EL ESTUDIO Y REFLEXIÓN ÉTICA DE LOS CUIDADOS

CIBERINDEX

CANTARIDA

Ética de los Cuidados, 2019; v12: e11475

Indexación: CUIDEN, HEMEROTECA CANTARIDA, CUIDEN CITACION

<http://ciberindex.com/p/et/e11475>

ISSN 1988-7973

© Fundación Index, 2019

REVISIONES

Recibido: 03.06.2019

Aceptado: 02.11.2019

## Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación Cardiopulmonar en España. Reflexiones ético-legales

Eva de Mingo-Fernández,<sup>1</sup> Javier Baños-Villalobos,<sup>2</sup> María Jimenez-Herrera<sup>1</sup><sup>1</sup>Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili (España). <sup>2</sup>Cuarto grado de Derecho, Universitat Oberta de Catalunya (España)Correspondencia: [evamariade.mingo@urv.cat](mailto:evamariade.mingo@urv.cat) (Eva de Mingo-Fernández)

### Resumen

Objetivo principal: Conocer los factores ético-legales en la Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación Cardiopulmonar en diferentes contextos. Metodología: Búsqueda bibliográfica exhaustiva hasta 31 de diciembre de 2018, de leyes vigentes y jurisprudencia, relacionadas con derechos y obligaciones de pacientes y sanitarios dentro de un contexto de realización de procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar tanto si son presenciados o no por familiares. Resultados principales: En España, las leyes y jurisprudencia son aplicadas indistintamente tanto si existe o no Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación, no hallando diferencias al respecto. Conclusión: El personal sanitario no tiene por qué tener reticencias ético-legales a la Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y reanimación, si se respetan los protocolos y las leyes actuales, implicando la posibilidad de un cambio de óptica sobre esta práctica. Palabras clave: Presencia familiar. Procedimientos invasivos. Lex Artis. Negligencia médica. Carga de prueba. Imprudencia punible.

### Family Presence during Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation in Spain. Ethical-legal reflections

#### Abstract

Main objective: To know the ethical-legal framework in Family Presence during Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation in different contexts. Methodology: Comprehensive bibliographic search until December 31, 2018, of current laws and jurisprudence, related to patients and health rights and obligations within a context of performing Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation whether or not they are witnessed by family members. Main results: In Spain, laws and jurisprudence are applied regardless of whether or not there is a Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation, finding no differences in this regard. Conclusion: The health-care professionals do not have to have ethical-legal reluctance to Family Presence during Invasive Procedures and Resuscitation, if current protocols and laws are respected, implying the possibility of a change of view on this practice.

Key-words: Family presence. Invasive procedures. Lex Artis. Medical negligence. Load of proof. Imprudence punishable.

### Introducción

El concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos permite una visión holística del ser humano al incluir la familia y las comunidades en el centro del sistema de salud, ya que el individuo se desarrolla dentro de la familia, convirtiéndola en el primer sistema de soporte al paciente.<sup>1</sup> La Presencia Familiar Durante la Reanimación y Procedimientos Invasivos (PFDI) ha sido controvertida, debido a sus implicaciones éticas, morales y legales y a una elevada carga emocional para los asistentes en la intervención.<sup>2,3</sup>

Los sanitarios, en el ejercicio de su profesión, necesitan conocer los principios éticos y legales antes de exponerse a situaciones en las cuales deben tomar decisiones éticas, rápidas y responsables, que serán compartidas con la familia y el paciente, si es competente para decidir, respetando la dignidad humana y la confidencialidad.<sup>3</sup>

Los principios bioéticos, se tendrían que respetar, aunque presenten en múltiples ocasiones dilemas entre ellos. El no permitir la PFDI indica que no se respetan los principios de autonomía o beneficencia, pero sí de la no maleficencia, ya que el personal sanitario trata de evitar daños (proteger con actitud paternalista) al paciente y a la familia.<sup>4</sup> Cuando estos principios causan conflictos, generalmente el profesional sanitario los resuelve con la consulta a un compañero.<sup>5</sup>

Por otro lado, la atención sanitaria demanda el cumplimiento no sólo de las disposiciones de carácter general, sino que también exige el acatamiento de normas éticas, jurídicas, técnicas y metodológicas específicas del ejercicio de la medicina, esto supone la sujeción a una disciplina colegial, haciendo referencia a los patrones deontológicos que garantizan unos mínimos niveles éticos en el desempeño profesional. Nuestros colegios de enfermería han redactado un Código Ético como guía para la praxis asistencial.<sup>6</sup>



El International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), en sus recomendaciones del 2015 destaca que parece razonable ofrecer a los familiares seleccionados la oportunidad de estar presentes durante la reanimación de un ser querido, pudiendo ser beneficioso.<sup>7</sup> La implementación de las políticas sobre presencia familiar (PF) es recomendable según numerosas conclusiones de estudios de diferentes países, culturas y religiones,<sup>8,9</sup> pero muchas de estas recomendaciones no se han aplicado en la práctica, ya que generalizar e implementar estas políticas sanitarias es muy complejo debido a la diversidad de costumbres y creencias de los diferentes países.<sup>10,11</sup>

En la literatura internacional, tanto desde la perspectiva profesional como de familia/paciente, se han encontrado aspectos positivos como la oportunidad de dar soporte emocional y de estar al lado del ser querido, ayudando a tomar decisiones importantes, comprobando que se ha hecho todo lo posible y facilitando el proceso de duelo de los familiares reduciendo su ansiedad. Algunas de las barreras identificadas son: el equipo se siente evaluado y analizado provocando incomodidad y presión, miedo a la interrupción de los familiares tanto físicamente como verbalmente, riesgo del acompañante a padecer una experiencia traumática al presenciar un procedimiento invasivo (PI) y, por último, el vacío legal, ya que no hay guías ni protocolos implementados.<sup>12,13</sup> Este “vacío legal” tendría una repercusión sobre las prácticas del personal sanitario, que teme las denuncias y cree que existe una falta de preparación para atender familiares en PI. Así lo muestran varios artículos españoles en donde se cita el miedo a demandas<sup>4,15-18,22</sup> como barrera para posibilitar la PFDI y se concluye la necesidad de elaboración de protocolos y políticas que posibiliten la PF.<sup>8,14,16,17,19-25</sup>

Por este motivo, se lleva a cabo este estudio, con la finalidad de resaltar los factores ético-legales en la PFDI en diferentes contextos: procedimientos de reanimación urgentes, tanto urgencias extrahospitalarias como intrahospitalarias y procedimientos invasivos (programados o no), destacando leyes y jurisprudencia vigente al respecto, que nos pueden aclarar dudas en el desempeño de nuestra profesión.

## Método

Para el estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva de jurisprudencia y leyes vigentes, hasta el 31 de diciembre de 2018, en diversas bases de datos: Boletín Oficial del Estado, Centro de Documentación Judicial, Vlex.es, aranzadigital.es y leydigital.es, relacionadas con derechos y obligaciones de pacientes y sanitarios dentro de un contexto de realización de procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar tanto si son presenciados o no por familiares. Posteriormente se realiza análisis crítico comparativo del contenido, para dar respuesta a los objetivos propuestos.

## Resultados

Generalmente, los protocolos de PI no suelen incluir la PF. Éstos, suelen ser elaborados por los propios centros asistenciales, plasmando las directrices profesionales que han de orientar la labor diaria, sin embargo, en ocasiones, pueden quedar desactualizados como consecuencia de los avances científicos, e incluso, por qué no, ser erróneos. Se precisa, por tanto, una revisión continua y una actualización de dichos documentos

para prevenir las negligencias. Los protocolos no son una norma jurídica, pero son unos de los pilares de la “Ley Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica” (Ley 41/2002 del 14 de noviembre).<sup>26</sup> Por lo tanto, toda acción realizada fuera de protocolo debería tener una justificación registrada en la historia clínica (HC), que es propiedad del paciente. Incidir que en la HC existen anotaciones objetivas y subjetivas provocando una problemática en el acceso de los pacientes a ellas, ya que las anotaciones de impresiones y comentarios pertenecerían propiamente al personal sanitario y no al paciente.

Se pueden remarcar que tras el análisis hemos establecido tres elementos que presentan heterogeneidad en sus contenidos. Estos son: las características del paciente, contexto de la actuación y en cuanto a jurisprudencia.

## Discusión y Conclusiones

### Características del paciente

En nuestra legislación se plantean diferencias según las características del paciente: menor de 16 años, discapacitado o adulto capacitado.

El paciente, aunque tenga limitada su capacidad, si no renuncia a su derecho de información, será informado, en función de sus facultades y grado de comprensión, sin perjuicio de que se informe también a sus representantes o familiares, pero será el propio paciente quien deberá otorgar el Consentimiento Informado (CI), considerándolo capaz para decidir mientras no se demuestre lo contrario.<sup>27</sup>

Los menores tienen derecho a ser escuchados y a recibir información sobre su salud y sobre el tratamiento médico al que son sometidos, en lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico, según la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.<sup>28</sup> En nuestro ordenamiento jurídico se reconoce la plena titularidad de los derechos de los menores de edad y su capacidad evolutiva para ejercerlos según su grado de madurez; de modo que, los menores pueden ir ejerciendo paulatinamente esos derechos a partir aproximadamente de los 12 años siempre y cuando estén capacitados para ello. Se recabará su consentimiento en los temas que les afectan, y los jueces y profesionales sanitarios tendrán en cuenta su opinión, independientemente de si es vinculante o no.

Cuando el paciente carezca de competencia necesaria para decidir, le corresponderá a sus familiares tomar decisiones. Si existe riesgo vital o los tutores no actúan en beneficio del menor o incapaz, serán los profesionales quienes llevarán a cabo las actuaciones necesarias, según los principios bioéticos.<sup>29</sup>

### Contexto urgente y procedimientos invasivos programados

#### Situaciones de Urgencia

La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se debe aplicar si está indicada, omitirse si no está o no ha sido previamente aceptada por el paciente y suspenderse si es inefectiva. Muchos factores son decisivos al iniciar maniobras de RCP, debiendo considerar también los factores individuales, aunque el hecho de realizar la RCP garantiza la realización, no el resultado. Las

situaciones de emergencia vital hacen más difícil la toma de decisiones.<sup>30</sup>

En cuanto a las situaciones de urgencias dentro de un contexto hospitalario, las circunstancias médicas y personales deberían conocerse, minimizando así la situación de incertidumbre. Sería muy práctico que el paciente tuviera redactado el documento de Voluntades Anticipadas.

#### *Invasivos programados*

En procedimientos “poco invasivos”, se informa al paciente y a los familiares verbalmente, adquiriendo su consentimiento verbal.

Cuando hay PI hospitalarios programados con riesgo para la salud del paciente, se informa del procedimiento y se firma la hoja de Consentimiento Informado (CI) si está de acuerdo en realizar dichos procedimientos, en base a la Ley 41/2002. Hoy se considera el CI como parte integrante de la Lex Artis (más adelante descrita), una exigencia legalmente exigible a la profesión sanitaria y evaluada por los jueces en todas las situaciones que analizan.

Las tradiciones latinas dan un gran valor a la familia y pesan en la aplicación del CI en España. El principio de autonomía se matiza por la influencia familiar, según la Ley General de la sanidad de 14/1986, en el artículo 10.5, “da derecho a la familia a recibir información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”<sup>31</sup> y también en la legislación estatal posterior, como la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, la cual es considerada actualmente la norma reguladora básica en materias relativas a la autonomía del paciente, derechos, y obligaciones de información clínica, en donde se cita que “El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, en la medida en el que el paciente lo permita”. Dicha legislación fue aprobada a fin de ajustarse a los principios marcados por el Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997, por la asamblea parlamentaria del Consejo de Europa.<sup>32,33</sup>

#### *Legalidad y Jurisprudencia*

La responsabilidad moral sería la exigible en conciencia e intención de quién actúa sin importar aspectos externos como el hecho de que éstas hayan sido descubiertas o sancionadas y la jurídica que podría ser civil, penal y administrativa.

La gran diferencia existente entre responsabilidad civil y penal (que pueden darse a la vez) estriba en que la primera se traduce en la obligación de indemnizar perjuicios por medio del pago en dinero del equivalente al daño causado y la segunda, en que el agente queda sujeto a una sanción penal. En cuanto a la responsabilidad administrativa, el profesional sanitario se encuentra de algún modo subordinado a los órganos de la administración del Estado y a su institución disciplinaria. En España, la sanidad es una competencia transferida a las Comunidades Autónomas.

El artículo 43 de la Constitución Española (CE) reconoce el Derecho a la protección de la salud y el 18.1 describe el derecho a la intimidad personal y familiar, así como a la propia imagen.<sup>34</sup> La ley 41/2002 se pronuncia sobre la confidencialidad de los datos del paciente, pero en el artículo 16.6 se refiere

expresamente al secreto profesional, íntimamente ligado al derecho de intimidad.<sup>26</sup>

El concepto de “Lex Artis ad hoc” es una construcción jurisprudencial que se ha ido perfilando en varias sentencias a lo largo de los años, quizás la más significativa de es la del Tribunal Supremo de fecha 11 de marzo de 1991, que la define como “aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina- ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)”.<sup>35</sup> La “Lex Artis ad Hoc”, origina una obligación de acciones de los sanitarios, que se detallarían en la historia clínica, pero no una obligación de resultados (salvo en cirugía estética).

La ley 41/2002 en su artículo 9.2 autoriza a los sanitarios a realizar los procedimientos necesarios para preservar la salud del enfermo cuando no haya tiempo para obtener el consentimiento del paciente o sus representantes y cuando exista riesgo inmediato grave o para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.

Las causas más frecuentes por las que un sanitario se puede ver involucrado en un proceso legal son varias: diagnósticos inapropiados, demoras en la atención, errores farmacológicos, documentación de enfermería, el mal resultado terapéutico y fallos en la valoración del paciente. En cuanto a los delitos más frecuentes en los que se pueden hallar inmersos los enfermeros son la falsedad documental, lesiones, homicidio y abandono de personas, así como también la usurpación de funciones.<sup>36,37</sup> Estas causas no variarían por tener un miembro de la familia del paciente presenciando la aplicación de las técnicas necesarias en un PI o reanimación.

Los requisitos necesarios para valorar la existencia de responsabilidad civil se detallan en el artículo 1.902 del Código Civil: se requiere una actuación ilícita por acción u omisión que será la causa directa del daño físico o moral concreto producido.<sup>38</sup> Los daños personales pueden ser de tres clases: daños por muerte, daños que se producen hasta la consolidación de las secuelas y daño físico/ moral por secuelas. No hay pues acto ilícito o acto médico condenable si no media daño y sin que a su autor se le pueda imputar impericia, negligencia o imprudencia.

La jurisprudencia actual del Tribunal Supremo a partir, de la conocida sentencia nº 778/2009 de TS, Sala 1ª, de lo Civil, 20 de noviembre de 2009,<sup>39</sup> ha mantenido que la responsabilidad del profesional médico no es absoluta y por lo tanto no puede garantizar nunca un resultado concreto. Así pues, la obligación del personal sanitario es la de utilizar y aplicar con el cuidado y precisión exigible, las técnicas más adecuadas para la patología en cuestión, de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención y proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. En tal sentido y con estas circunstancias, el profesional médico no está obligado a

garantizar el resultado esperado. No obstante, actualmente existe un claro criterio de imputación de responsabilidad civil en el desempeño de la medicina, basado en la necesidad de demostrar mediante la carga de la prueba que el resultado lesivo es fruto directo de un nexo de causalidad entre el acto médico y el daño causado, y que este acto fue fruto de un uso inadecuado de las técnicas médicas exigibles para el mismo (Sentencia nº 943/2005 de TS, Sala 1ª, de lo Civil, 24 de noviembre de 2005).<sup>40</sup>

En materia de responsabilidad criminal, los delitos más comunes en el ámbito de las negligencias profesionales médicas son los delitos de lesiones por homicidio imprudente y por imprudencia grave (artículo 142 y 150 CP).<sup>41</sup> Actualmente las lesiones por imprudencias leves han sido destipificadas como delito en la reforma del Código Penal del año 2015 y los homicidios imprudentes causados durante el desempeño de la actividad profesional acarrear penas de inhabilitación que pueden oscilar entre los 3 y los 6 años, además de penas de cárcel en el caso que la imprudencia se demuestre grave. Para que un homicidio sea considerado imprudente deben darse una serie de elementos que han de ser demostrados con rigor: a) conducta que infrinja los deberes de cuidado que impone la actividad; b) producción de la muerte o lesión del paciente; c) la relación de causalidad entre la conducta del profesional y el resultado producido; d) existencia de una relación antijurídica entre ambos o imputación objetiva del resultado. Finalmente, otro delito a destacar es el basado en la inactividad del profesional sanitario, en situaciones en las cuales se encuentra legalmente obligado a actuar, llamado comisión por omisión (art. 11 CP),<sup>41</sup> aunque no está específicamente tipificado), puesto que el no actuar equivaldría a una acción lesiva y suele conllevar la consideración de delito punible.<sup>42</sup>

En todos los casos civiles, la carga de la prueba corresponde siempre al demandante, la cual debe ser apropiadamente fundamentada y nunca especulativa, con excepción del daño médico desproporcionado. La sentencia del Tribunal Supremo de 24 de marzo de 2004<sup>43</sup> se apuntó que "en sede de responsabilidad médica, tanto contractual como en la extracontractual, la culpa, así como la relación de causalidad entre el daño y el

mal del paciente y la actuación médica, ha de probarla el paciente. No obstante, esta doctrina sobre la carga de la prueba se excepciona en dos supuestos: 1º. Cuando por la práctica de una intervención quirúrgica reparadora o perfectiva el paciente es cliente y la obligación ya es de resultado por ubicarse el acto médico en una especie de locatio operis. 2º. En aquellos casos en los que por circunstancias especiales acreditadas y probadas por la instancia el daño del paciente o es desproporcionado o enorme, o la falta de diligencia e, incluso, obstrucción, o falta de cooperación del médico, ha quedado constatado por el propio Tribunal (SSTS de 29 de julio de 1994,<sup>44</sup> 2 de diciembre de 1996,<sup>45</sup> 21 de julio de 1997<sup>46</sup> y 19 de febrero de 1998<sup>47</sup>). Así pues, mientras el profesional efectúe su labor ajustándose a los procedimientos adecuados e informando al paciente en todo momento, su responsabilidad en las posibles incidencias médicas será inexistente a no ser que se presenten pruebas de lo contrario.

El análisis de todo el material obtenido nos lleva a concluir que:

- Existen documentos de consenso, guías clínicas, protocolos y otro tipo de recomendaciones que sirven de guía a los profesionales de la salud, jugando un papel muy importante en la prevención de los errores y las malas prácticas en el ámbito asistencial.

- Los magistrados podrán basar o no, sus dictámenes en el cumplimiento de los protocolos, para determinar si se infringe o no en el deber del cuidado, pero cuando no baste, se hará necesario de recabar otros informes periciales para decidir sobre una conducta, por lo que es muy importante que los registros sean de calidad, siendo responsabilidad de la parte denunciante el aportar pruebas sobre la actuación sanitaria.

- Este documento observa que, si se siguen los protocolos y las leyes anteriormente descritas, el profesional sanitario no tiene por qué tener reticencias ético-legales a la PFDI, posibilitando un cambio de óptica sobre esta práctica.

- La PFDI debería ser una opción a plantearse por parte de los equipos sanitarios para promover el respeto de los principios bioéticos en la práctica asistencial y promover el cuidado centrado en la persona.

## Referencias

1. Informe de Secretaría de la Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Organización Mundial de la Salud. 2015; 1:1-13. (Acceso:18/02/2018). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69\\_39-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69_39-sp.pdf?ua=1)
2. Silva Dall'Orso M, Jara Concha P. Presencia Familiar durante la Reanimación Cardiopulmonar: La mirada de enfermeros y familiares. Cienc y enfermería. 2012. (Acceso:18/02/2018). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300009>
3. Rodríguez MJ. Actuaciones del profesional de Enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión. Fundación de Enfermería de Cantabria. Nuberos Científica. 2012. (Acceso: 21/12/2017). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/43>
4. Ascencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. Enferm Intensiva. 2017;28(4):144-59.
5. Lucas Imbernon FJ, Galán Traba MA, Roldán Ortega R. La actividad asistencial en urgencias hospitalarias genera conflictos éticos a sus profesionales. Emergencias. 2011;23(4):283-92. (Acceso:15/01/2018). Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antiores/volumen-23/numero-4/la-actividad-asistencial-en-el-servicio-de-urgencias-hospitalario-genera-conflictos-eticos-a-sus-profesionales/>
6. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Código de Ética. Barcelona. Editor: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. 2013.
7. Sánchez-Merchante M, Martínez-Hurtado E. Recomendaciones éticas en la Reanimación Cardiopulmonar. Recomendaciones ILCOR 2015. Rev Elect Anestesia.2016;8(7):6. (Acceso: 22/01/2018). Disponible en: <https://anestesiario.org/2016/recomendaciones-eticas-la-reanimacion-cardio-pulmonar-recomendaciones-ilcor-2015/>

*Eva de Mingo-Fernández y cols. Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación Cardiopulmonar en España. Reflexiones ético-legales*

8. 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(1):28-36.
9. Nykiel L, Denicke R, Schneider R, Jett K, Denicke S, Kunish K, et al. Evidence-Based Practice and Family Presence: Paving the Path for Bedside Nurse Scientists. *J Emerg Nurs.* 2011;37(1):9-16.
10. Zali M, Hassankhani H, Powers KA, Dadashzadeh A, Rajaei Ghafouri R. Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *Int Emerg Nurs.* 2017. (Acceso: 4/05/2018). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.001>
11. Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *Int Emerg Nurs.* 2013;21(1):26-34.
12. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT, Viera DL. 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 Database Syst Rev Implement Reports.* 2012;10(32):1883-2017
13. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT. A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally - Part II: Perspectives of Healthcare Providers. *2018;10(33):2018-294*
14. Sague-Bravo.S, Parra-Cotanda.C, Angel-Sola J, Trenchs-Sainz-de-la-Maza.V V, Luaces-Cubells.C. Presencia dels pares durant els procediments invasius als serveis d'urgències pediàtriques. Què passa a l'Estat espanyol? *Pediatr Catalana.* 2015;75(1):7-11. (Acceso: 22/11/2017). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5096910>
15. Magdaleno BDF, Tarrío IC, Vivanco IA, Corres NP, Martín FJG, Goitia AA, et al. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias.* 2006;135-40. (Acceso: 22/02/2018). Disponible en: <http://emergencias.portalsems.es/descargar/presencia-familiar-durante-maniobras-de-reanimacion-estudio-en-el-ambito-extrahospitalario-en-la-comunidad-autonoma-vasca/>
16. Angel Solà J, Sagué Bravo S, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. ¿Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? *An Pediatría.* 2015. (Acceso 23/07/2018). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.02.004>
17. Gamell Fullà A, Corniero 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(4):243-9
18. González Granada LI, Gómez Sáez F, Pérez Alonso V, Rojo Conejo P. Presencia familiar durante los procedimientos invasivos en urgencias de pediatría: Opinión de los profesionales. *Acta Pediatr Esp.* 2008;66(5):225-8.
19. Puigblanqué Reyes E. Evaluación de proveedores de cuidados de salud ante la presencia de la familia durante la reanimación. *Enferm clin.* 2011.(Acceso:31/10/2018). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.05.001>
20. 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. Rev. la Soc Española Med Urgencias y Emergencias.* 2010;22(3):175-80. (Acceso: 24/11/2017). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3224172&info=resumen&idioma=SPA>
21. Perez V, Gomez F. Procedimientos Invasivos en Urgencias. ¿Los familiares prefieren estar presentes? *An Pediatr.* 2009;70(3):230-4.
22. Tiscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodriguez Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria.* 2018. (Acceso: 23/10/2018). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>.
23. Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *Int Emerg Nurs.* 2014;22(1):18-24. (Acceso: 21/05/2018). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2013.03.008>
24. Tudor K, Berger J, Polivka J. B, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' Perceptions of Family Presence During Resuscitation. *Am J Crit Care.* 2014;23(6): e88-96. (Acceso: 22/09/2018). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014484>
25. Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley MA. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. *Pediatrics.* 2007;120(4):842-54.
26. 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*, número 274, (15/11/2002). Artículo 9. (Acceso: 1/09/2018). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
27. García-Ortega.C, Cozar-Murillo. V A-B. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. *Rev Esp Salud Publica.* 2004; 78:469-79.
28. Ley orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del estado*, núm 15, (17/01/1996). (Acceso: 14/09/2018). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>
29. Alventosa-del-Río J. Consentimiento Informado del Menor en el ámbito de la sanidad y la Biomedicina en España. *Rev.Bolivi. de derecho.* 2015; 264-90.
30. Viña Granda ML. Ética durante la reanimación cardiopulmonar y cerebral del adulto. *Invest Medicoquir.* 2014 (jul-dic);6(2):248-66.

31. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm 102, (29/04/1986). Cita en texto: artículo 10.5. (Acceso: 13/09/2018). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/1/1986/04/25/14/con>.
32. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Boletín Oficial del Estado, núm 251, (20/10/1999). (Acceso: 12/09/2018). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>.
33. Mendez-Baigés V. Las relaciones entre la bioética y el derecho. 2015. (Acceso: 25/03/2019). Disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2008.12>.
34. Constitución Española. Congreso de los Diputados. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, (29/12/1978) Cita en texto: artículos 43 y 18.1. (Acceso: 12/09/2018). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con).
35. Vázquez López JE. La “Lex Artis ad hoc” como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico: A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). Cuad Med Forense. 2010. (Acceso: 28/03/2019). Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1135-76062010000200009>.
36. Fernández Entralgo J. Lex Artis. responsabilidad civil de los profesionales sanitarios. La Lex Artis. Criterios Jurisprudenciales. Rev Jurídica Castilla y León 2004; 3:147–232.
37. Vázquez VR. Responsabilidad Penal En El Ejercicio Médico-Sanitarias. Fundación Rafael del Pino. Marcial Pons. 2012. Madrid.
38. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por lo que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado, núm 206 (25/07/1889). Cita en texto: artículo 1902. (Acceso: 13/09/2018). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con).
39. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 778/2009 de 20 de noviembre. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:10/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/dfa498daa7ee81fa/20091203>
40. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 943/2005 de 24 de noviembre. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:21/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/df84b45f5db9b5e6/20060105>
41. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm 281. (24/11/1995). Cita en texto: artículos 11, 142 y 150. (Acceso: 20/09/2018). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>.
42. Olivares GQ, Albero RG. Dret penal. Part especial. Màster Docent de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) 2012.
43. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 267/2004 de 26 de marzo. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:27/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/2a824d6a6139a320/20040503>
44. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 743/2008 de 29 de julio. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:27/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/320531d94d3b8d50/20081009>.
45. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 1022/1996 de 2 de diciembre. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:19/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/8d93cb842fc603bc/20030808>.
46. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 688/97 de 21 de julio de 1997. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ) [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:13/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/f883dabdd5711ac8/20030704>.
47. Tribunal Supremo. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 122/1998 de 19 de febrero. Sentencia extraída de base de datos: Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). [Versión electrónica. Base de datos del CENDOJ]. (Acceso:17/09/2018). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/d2dd976c48e471de/20030704>

## 6.2. ARTÍCULO 2. FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION AND INVASIVE PROCEDURES: FAMILY AND PATIENT'S OPINION

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández



Original Manuscript

# Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions

Nursing Ethics

1-11

© The Author(s) 2020

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

10.1177/0969733020968171

journals.sagepub.com/home/nej



**Eva de Mingo Fernández**

Universitat Rovira i Virgili (URV), Spain; Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf, Spain

**Guillermina Medina Martín and María Jiménez Herrera**

Universitat Rovira i Virgili (URV), Spain

## Abstract

**Background:** Family presence during invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation (FPDR) is a highly controversial issue, with divergence of opinion among health professionals, with clinical evidence in favor, and with barriers to its implementation in comprehensive patient care. Many international organizations support health policies for its implementation, but it is not a widespread practice. Little research has been conducted on this subject from the perspective of patients and families.

**Objective:** To learn opinions, perceptions, and desires of family members and patients in terms of family presence during invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation.

**Method:** Qualitative descriptive study, using semi-structured interviews with relatives and patients regarding their experiences and perceptions about FPDR (n = 18) from 8 October 2017 to 8 March 2018. The interviews were recorded and transcribed verbatim for later analysis using the method of content analysis.

**Ethical considerations:** This study has the approval of the Clinical Research Ethics Committee of the Fundació Unió Catalana d'Hospitals and ethical considerations were carefully regarded throughout the study.

**Results:** Three significant categories were identified: knowledge, respect for rights, and accompaniment of the patient, relating FPDR to courage, emotional support, and trust in professionals.

**Conclusion:** FPDR is an unusual practice; it is not offered to patients or their families, and it is not considered a patient's right, although most of the interviewees support it. The desire for accompaniment is conditioned by the courage and knowledge of the accompanying persons, as well as the degree of invasiveness of the procedures. The results of this study provide information for a change of vision in patient-centered care.

## Keywords

Accompaniment, bioethics, family presence invasive procedures, family witnessed resuscitation, qualitative research, resuscitation

## Introduction

Internationally, since the 1980s, family presence during resuscitation and invasive procedures (FPDR) has been a subject for controversial research, as it carries a high emotional burden for all the participants of the

**Corresponding author:** Eva de Mingo Fernández, Universitat Rovira i Virgili (URV), Facultat d'Infermeria, Avinguda Catalunya 35, 43002, Tarragona, Spain.

Email: [evamariade.mingo@urv.cat](mailto:evamariade.mingo@urv.cat)



intervention and has ethical and moral implications.<sup>1,2</sup> FPDR is part of a new paradigm that focuses on respect for the patient's autonomy and on involving family in the decision-making process and the determination of care options, leaving aside the paternalistic approach, keeping the family in the patient's care area, where there can be eye or physical contact with the patient.<sup>3</sup> Family is understood as two or more people who are biologically, legally, or emotionally related.

Some studies on FPDR expose benefits and harms, assessing the approach of health professionals, patients, and families.<sup>4-7</sup> As positive aspects, the following can be highlighted: enabling a faster decision-making process, knowing at all times what is happening,<sup>8,9</sup> that the patient receives humane treatment,<sup>10</sup> that they have the right to presence during the interventions carried out on the patient,<sup>2,8</sup> while the disadvantages that were identified are that the medical team feels the pressure of the family; they feel observed and analyzed by the family members<sup>9,11,12</sup>; the interventions can turn out to be traumatic for the family, both physically and emotionally; ignorance and wrong interpretation of the invasive procedures (blood, chaos, tubes, etc.)<sup>8-10</sup>; and a legal gap, there are no guidelines or implemented protocols.<sup>2,12</sup> In most of the conclusions of these studies, they recommend designing guidelines and protocols in this regard.<sup>11-14</sup> In their recommendations, the studies state that the guidelines should be individual for every hospital<sup>15</sup> but two important FPDR conditions must be fulfilled: the first one is that a family support person should be present to control the family reactions, act as a link between the healthcare staff and the family, translate the medical jargon, and explain the procedures.<sup>10,16</sup> It is noteworthy that the publications on the FPDR can vary widely depending on the culture, the religion, and the customs of the countries they come from.

There is a strong support for family accompaniment by healthcare teams in pediatrics, but not in adults.<sup>17</sup>

Numerous official medical and nursing organizations advocate the endorsement of FPDR, that is, the European Nursing Organization, the American Heart Association, and the European Resuscitation Council.<sup>18-20</sup> The World Health Organization (WHO) supports the integration of the family into the care of the patient, including it in the shared decision-making process.<sup>21</sup>

When invasive procedures are performed, family members, due to custom or tradition, usually do not have the option of staying by the patient's side, especially in hospital care: they wait in a separate room to be told the results of these procedures. The family and patients, through the media, where different health procedures are shown, recognize these techniques, believing themselves to be familiar with them, although, as it appears in television series, they are not completely faithful to reality and may create false expectations in this regard.<sup>22</sup>

From an ethical point of view, hospital policies restricting FPDR should be rectified, and new protocols should be developed to enable admitting the family to these procedures, as the principle of patient's autonomy supports this.

In literature reviews, most of the studies found recommend FPDR, highlighting aspects that need to be addressed: the patient's own view, recommendations to carry out qualitative methodology studies related to the views of patients and families, and also education and training of healthcare professionals so that they can understand and adequately advise the accompanying family members.<sup>5,23,24</sup>

In this research, we explore the perceptions, opinions, and desires regarding family presence during cardiopulmonary resuscitation and/or invasive procedures of patients and their families in our context.

## Methodology

### Study design

The study was carried out using an analytic qualitative design.

**Table 1.** Demographic characteristics of the participants.

Interview	Relationship	Gender	Age	Marital status	Children	Education	Job
1	Family	Woman	46–55	Married	No	Basic	Unemployed
2	Family	Man	46–65	Married	No	Medium	Employed
3	Family	Man	46–65	Married	Yes	Medium	Employed
4	Patient	Woman	>65	Married	Yes	Basic	Pensioner
5	Family	Man	46–55	Married	Yes	Higher	Unemployed
6	Patient	Man	>65	Others	No	Basic	Pensioner
7	Family	Woman	46–55	Others	No	Basic	Housework
8	Patient	Woman	>65	Widower	Yes	Basic	Pensioner
9	Patient	Man	>65	Married	Yes	Basic	Pensioner
10	Patient	Man	56–65	Married	No	Medium	Pensioner
11	Family	Man	56–65	Single	No	Higher	Employed
12	Family	Woman	56–65	Married	Yes	Basic	Housework
13	Family	Man	56–65	Married	No	Medium	Self-employed
14	Family	Woman	46–55	Married	Yes	Medium	Employed
15	Patient	Woman	>65	Sep./Div.	Yes	Higher	Self-employed
16	Family	Woman	>65	Married	Yes	Basic	Housework
17	Patient	Man	>65	Married	Yes	Basic	Pensioner
18	Patient	Man	56–65	Married	No	Medium	Self-employed

### Population and sample

The participants were patients admitted to different care units of the Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf, more specifically the Consorci Sanitari del Garraf,<sup>25</sup> who have been submitted to invasive techniques or survived cardiopulmonary resuscitation (CPR) and their most direct relatives, between 8 October 2017 and 8 March 2018. Participants (n = 18) were recruited using purposive sampling; they participated voluntarily and anonymously. The care context of the participants was in sub-acute, convalescent, and long-stay units of the Hospital Sant Antoni Abat. Nineteen people were invited to participate in the study, of whom one refused.

The inclusion criteria consisted of the following: the subjects to be interviewed had to be autonomous in decision making at the time of participation in the study, over 18, and for patients over 65 years of age, a score of less than or equal to 2 errors is required on the Pfeiffer SPMSQ Scale (Short Portable Mental State Questionnaire).<sup>26</sup> This scale measures the cognitive impairment in patients older than 65 and it was adapted and validated for the Spanish language in 2001.

Eighteen people were interviewed, 8 of whom were women, 10 were family members and 8 were patients; 13 were married and 10 had children. The socio-demographic characteristics are shown in Table 1.

### Data collection

The data collection tool was the semi-structured interview with open-ended questions, since this methodology is the most suitable for carrying out an in-depth analysis of the data, as well as for describing and interpreting the opinions, experiences, and feelings of the subjects to be interviewed.<sup>27</sup>

After an extensive bibliographic review, a set of questions for the interview was formulated ad hoc (or expressly) as no existing script was found to allow achieving the specific goals of the study. A script of 12 open questions for the semi-structured interviews was generated (Table 2), along with an ad hoc created questionnaire in which the socio-demographic data of the interviewees are collected.

**Table 2.** Questions asked to the persons interviewed.

1. Do you know what an IP is? What about cardiopulmonary resuscitation?
2. Could you tell me about your experience with CPR/IP?
3. What is your relationship to the person who had CPR/IP?  
(for family members).
4. If your family members had the opportunity to be with you during resuscitation, do you think it would be beneficial or harming for them? And for you? Could it be traumatic? What if they were waiting in a room nearby?
5. If you were offered the possibility of accompanying your loved one during the CPR or IP, would you accompany her/him? Have you been offered such possibility?
6. If you were to be submitted to an invasive procedure, would you want to be accompanied by a relative of yours? What if it was a resuscitation?
7. Have you had any experience of being accompanied by a relative while a CPR or an IP was performed on you?
8. Do you consider that doctors and nurses are prepared to accept the presence of a family member witnessing the CPR or invasive procedures?
9. Do you think the family is ready for such accompaniment?
10. Do you think that the accompanying person would disturb?
11. Do you think that witnessing the resuscitation of a loved one would be traumatic for you?
12. Would you like to have a person who would explain the procedures and decisions as they are carried out during the resuscitation or IP?

CPR: cardiopulmonary resuscitation.

The sample consisted of 18 semi-structured interviews, with question format allowing for a more in-depth discussion of the FPDR meaning and life experiences. The interviews were recorded by means of the Recorder&Smart apps version 5 (40.0) processed by computer and transcribed literally for later reading and analysis.

### *Data analysis*

Content analysis has been used as a descriptive approach to the results obtained in order to carry out a process of analysis of the phenomenon under study.<sup>28</sup> Codes were assigned through constant comparison for the organization and grouping into categories and subcategories, using the method proposed by Verd and Lozares.<sup>27</sup> Literal transcription permitted systematic text analysis, using a coding system, isolating categories and subcategories. No program was used for data analysis. For the validation of the study, a triangulation was carried out among the researchers, reading and analyzing the transcriptions separately and agreeing on the codification of the units of meaning, the final categories being coincidental.

### *Ethical considerations*

This study has the approval of the Clinical Research Ethics Committee (CREC) of the Fundació Unió Catalana d'Hospitals (CEIC15/31). All participants were previously informed of the characteristics of the study and the confidentiality of their data, and signed the informed consent documents, accompanied by an information sheet detailing all relevant aspects of the study. The information provided in the demographic chart does not allow the identification of the interviewees.

### **Results**

For a better understanding of the experiences lived by the interviewed, it should be noted that only in 1 case out of 18 did the health professional offer the FDPR, while the people who had experience of

accompaniment were 5. In terms of the family members' and patients' opinion on the acceptance of family presence by health professionals, this view is associated with the rules, the fear that the family member might be disturbing, and the training and knowledge of the team; five perceived that they would not agree because "they would disturb the doctors" (E13f), while four would accept it because they are considered "to be good doctors" (E9p), and the remaining nine believe that it is up to the doctor's will of being exposed to be watched or not "if you like having someone watching you while you are working" (E7p).

Three significant categories were identified: knowledge, respect for patient rights and patient accompaniment. To interpret the interlocations, each direct quotation is accompanied by a reference to the interview: (E + interview number + f (family member)/p (patient)).

### *Knowledge*

CPR is better known than invasive procedures. Knowledge of invasive procedures (including cures) depends on one's own lived experience and also on what is perceived through filmography: "But from what you see in the movies, that the doctors go . . . do this, do that . . ." (E12f). This lack of knowledge can generate misinterpretation of what they see "if it was done right or wrong, they would not be able to tell at the moment" (E5f), although the accompaniment gives them peace of mind because they witness what is being done to their loved ones.

The majority of the respondents consider that accompaniment would not be traumatic, although they value the presence of a health professional explaining the techniques to their relatives in such a way that they can understand them, and adjusting to the emotional situation of those involved: "many do not know how to treat a person in distress" (E5f), "being a spectator without knowing what is happening or seeing some screens and not understanding what they say" (E9p).

### *Respect for the rights of the patient*

From the ethical point of view, FPDR is considered a right. In this study, the patients and families standardize the demand of the health workers to leave the IP/CPR site, not generating expectations of accompaniment in this respect

The subcategories include right to FPDR and paternalism.

*Right to FPDR.* In our study, without having determined if it was out of habit, or due to the will of fulfilling the requests of health professionals, the interviewees refer not to refuse to leave the premises when asked to do so, normalizing the fact that "he was holding our hands tight ( . . . ) then he had to let go of our hand because they threw us out" (E1f); or leave the room before the health professional demands it, "what happens is that before they throw me out, I leave" (E7f); "many times I have left by myself, as if for good manners or whatever . . ." (E10p). Thus, generating helplessness because "I don't see it right that she should be left alone even if they don't do anything to her" (E6p). Two patients have never considered family presence: "it's just that these are questions that . . . a little bit like . . . it's hard to consider, isn't it?" (E4p) or they take it for granted that they won't be able to be there: "because as they don't let you . . . I think they already think that I won't be there" (E13f). Others asked to stay with their loved one and the health professionals did not let them: "this is the first thing I asked for, if I could stay . . . a simple drip, I ask to stay and even so they made me leave" (E5f), relating professional insecurity with not allowing accompaniment during IP: "because the person who is putting the drip is not sure of what they are doing" (E5f).

*Paternalism (patients and doctors).* The idea that the doctors do it for our own good, that they know what is convenient for us and that the FPDR could be traumatic for the relatives, represents a paternalistic attitude of

health professionals, an attitude that is contrasted with the experience and opinions of the people interviewed in this study, since the majority do not consider it traumatic, while the family presence conditioned to the invasiveness of the IP would have less support: the more invasive, the less desire for accompaniment: “I prefer to step back and let them work, they are the ones who can save lives” (E7p) or “I would just be there, in the corner, doing nothing” (E8p) while “what is important is the result” (E11f).

### *Patient accompaniment*

The reasons for patient accompaniment are emotional support—in order to learn about the care of the patient “I want to see too! (...) how they do the tests (...) and learn things” (E10p); transparency—“It is reassuring for me to witness it and see that things have been done correctly, witnessing is for me very beneficial” (E5f); and the tranquility of the companion and the patient, although there are people who prefer medical effectiveness to accompaniment:

what is important in the end is the result and all that can be done so that the result is positive (...) the important thing is that the doctor feels uncomfortable with somebody’s presence there and this can make it... more difficult to carry out an intervention or to do what’s necessary at that moment... (E12f)

The subcategories are emotional support, courage, and trust.

*Emotional support.* Emotional support consists of providing peace of mind and reducing anxiety both for the patient “when she is alone and with strangers (...) we have already seen that she gets very nervous” (E1f), and for the family members, “because if you don’t see her, and then you get there and see that she complains... damn, what have you done to her” (E18p). It also provides security and transparency “I felt that they were doing everything they knew and everything they could have done to get him back” (E3f), and makes patients feel loved: “to feel that people are caring for you, that you are not a person who has been left there abandoned” (E11f), although in our study there is a protective approach of mothers toward their children, to spare them suffering: “That they accompany me... well... I don’t know... if I see that I am in such a bad condition, I don’t want them to suffer either...” (E16f) or “I would like to be accompanied by someone who can calm me down and whom I don’t have to worry about” (E14f).

*Courage and fortitude.* Courage and fortitude are related to the family presence since they condition it. “(Family presence) would not traumatize me, one would need a lot of courage” (E17p). Personal experience provides the necessary courage for accompaniment “Me, I have had so many injections that I don’t care if I see it done to me or to someone else” (E15p), “[I would like to be there while they are pricking and stuff] because I have a different kind of strength” (E17p) and others relate the opposite: “I love him very much... but I couldn’t see him being done all those things, I don’t have the courage” (E16f); “even though they love you very much, they can’t watch it because it affects them very much...” (E3f).

*Trust in professionals.* Competence and experience are factors that determine the predisposition of health professionals to allow FPDR according to the opinions of patients and relatives, especially the ones who are against FPDR: “we should trust health professionals, they know what they have to do...” (E2f); “I guess the doctors are doing it right, aren’t they? Cause they are trying to save your life” (E7f), and value the professionalism of the team: “when they are working I think they ignore completely what’s around them, I think they are focused on their work” as opposed to others who would like to be present “because they are paying more attention, because they are... because at least they are paying a lot of attention to all these things” (E15p), to reassure the patient.

**Table 3.** Results of categories and subcategories.

Category	Subcategory	Literal quotation examples
Knowledge		Not being able to accompany her seemed to me: “Awful, absolutely wrong, wrong, she has full confidence in me, I have enough knowledge to be able to stay by her side” (E5f). “Well, the good thing is that I saw what they were doing to him, mmm . . . I saw it. I also saw and felt calmer about . . . what you’ve done to him . . . you see?” (E18p)
Respect of the patient’s rights	Right to the FPDR	“I asked if I could stay . . . a simple drip, I ask to stay and even so they made me leave.” (E5f)
	Paternalism of the patient	“If it’s something serious I think you would be disturbing them.” (E12f)
Patient accompaniment	Paternalism of the doctor	“Because they wouldn’t let anyone inside.” (E17p) “They haven’t let them in, they told them to leave the room.” (E10p)
	Emotional support	“I would give them my full support if that’s somebody who knows me . . . the fact of being there, and me being there especially for them.” (E5f)
	Courage and fortitude	“ . . . my daughter in law, maybe she could bear it, if it’s my son, he prefers not to be in the room.” (E15f) “I don’t see him capable of withstanding that, he would have a very hard time.” (E4p)
	Trust in professionals	“I guess the doctors are doing it right, aren’t they? Cause they are trying to save your life.” (E7f) “What is important in the end is the result and all that can be done so that the result is positive.” (E11f) “If the doctors were prepared . . . They would give you the chance to stay . . . wouldn’t they?” (E1f)

Table 3 shows examples of the categories and subcategories found in the interviews.

There is a majority acceptance of the benefits of family presence, but the more invasive the procedure is, the more the interviewees have doubts about the accompaniment. The general reasoning for not allowing family presence would be the protection by the patient in terms of the sight of painful procedures witnessed by the relatives, this being the case of the totality of the interviews to mothers “my daughters would have a very hard time” (E16f) or “thinking about my daughter, I would prefer her not to be there” (E12f).

Most of the interviewees considered it positive that a health professional joins them and explains the procedures to be carried out at all times and their outcome: “being a spectator without knowing what is happening” (E4p), taking into account the emotional state of the accompanying person: “many do not know how to treat a person in distress” (E5f).

## Discussion

Most respondents felt that family presence would be beneficial, but patients being more supportive than family members. Family presence depends on the procedure and on the degree of invasiveness, an aspect that coincides with the Bashayreh and Saifan<sup>29</sup> study, and with the Perez-Alonso<sup>30</sup> study but differs from Tíscar-González et al.<sup>31</sup> where the patients and their relatives refer to be afraid and reluctant to presence during a CPR. Another conditioning factor would be the state of the patient, where no point is seen in accompanying patients in a state of unconsciousness. Those who would not accompany are the people who identified themselves as apprehensive if the procedure is very invasive. In terms of preparation for

accompaniment, most of the relatives report not being prepared, whereas the patients trust in the preparation of the relatives who have stayed beside them during their hospitalization, a subject that differs from some studies in the bibliographical review of Paplanus et al.<sup>32</sup>

On the contrary, all the interviewees consider it beneficial to have a member of the team explaining the applied treatments and attending to the companion, an approach that coincides with Parra et al.'s<sup>33</sup> study and Puigblanqué Reyes<sup>34</sup> study which concludes with the need for accompaniment and information for parents in family presence.

The impact of contextual and socio-cultural elements on perceptions should be highlighted, as Bashayreh and Saifan<sup>29</sup> and Zali et al.<sup>35</sup> also point out in their studies.

In our society, the attitudes toward IP differ from those described in the studies of Anglo-Saxon countries, where the population considers it a right to witness IP<sup>29,32,36</sup> in contrast, in our study, the people interviewed related not refusing to leave the premises when asked to do so, normalizing the fact, or simply out of habit not considering being able to accompany their loved ones.

In relation to patient accompaniment, the reasons coincide with the ones found in the study of De Robertis et al.<sup>37</sup> where the main point for family presence is to support and comfort the patient and to understand the witnessed situation, which leads to the conclusion that most patients would support the presence of family members, although not all family members would be good candidates for FPDR.

The results of this study show patients' desire for accompaniment, as it generates peace of mind and security. The same perception is highlighted by Eichhorn et al.<sup>38</sup> in their article on the patient's explicit view on FPDR, in which the patients state that accompaniment provides them with security, gives them strength to endure the procedures, and makes them feel loved. However, Eichhorn et al. does not refer to the attitude of mothers, while, in our study, it is the mothers who reject accompaniment because of a protective motivation toward their children and husbands. Another study to consider is that of İşlekdemir and Kaya,<sup>39</sup> where family presence does not influence the anxiety and pain of the participants of IP, differing from the opinions of the respondents in our study, who state the opposite.

Courage and fortitude are related to the ability to endure family presence, opinions that coincide with the article by Tíscar-González et al.,<sup>31</sup> reporting that witnessing resuscitation techniques could increase the suffering of the family members.

## Conclusion

This study describes the fear and resistance of family members to witness invasive procedures, although in most cases they would accept accompaniment, considering the invasiveness of the procedure and the courage to witness it. Lack of familiarity with medical techniques causes insecurity, which would be mitigated with the support of a team member who would explain the procedures to the accompanying person. This team member is necessary to avoid misunderstandings and give emotional support to the family's member, since in all the studies found, including ours, the family's need for emotional support and an explanation of the techniques applied.

FPDR is not considered a right and it is not standardized in our clinical practice. This study reveals that there were family members who wanted to witness the invasive procedures, but since nobody asked them, they gave up the option.

FPDR is an unusual and complex practice and each case should be assessed independently. Accompaniment is positive because decisions could be made together, and family members and patients would have emotional support.

Further research is needed on the patients' and families' point of view, with socio-cultural and geographical variations, as there are few studies on this subject.

### Limitations

The recall bias and the subjective perception of the events of the subject/family under research is a limitation to consider, as well as the fact that the interviews were carried out by the principal researcher, which may generate certain subjectivity when interpreting the interviews. On the contrary, the sample is small and does not allow generalizations to other geographical areas or different age groups, and the perceptions and opinions of younger subjects cannot be considered.

### Implications for clinical practice

This study collects patients' and families' desires for accompaniment during invasive procedures or resuscitation; without considering it a right and feeling fear and ignorance related to the courage of being present. These patients' and families' view could help with the development and implementation of health policies supporting the practice of family presence, thus respecting bioethical principles. The interviews have opened for people the possibility to consider whether they want to stay by their loved one's side while he or she is being resuscitated or undergoing an invasive process.

### Acknowledgements

To all the participants for their collaboration, essential for the development of this study. To the Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf, for allowing us to select users and carry out the interviews. I would like to highlight the CSG Research Department for their help and advice, especially Dr Antonio Yuste, Dr César Gálvez, Esther Valldosera, and Dr Alejandro Rodríguez Molinero.

### Conflict of interest

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

### Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

### ORCID iD

Eva de Mingo Fernández  <https://orcid.org/0000-0001-9015-7578>

### References

1. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 2013; 368(11): 1008–1018.
2. Silva Dall'Orso M and Jara Concha P. PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: LA MIRADA DE ENFERMEROS Y FAMILIARES [Family presence during cardiopulmonary resuscitation: the look of nurses and family]. *Cienc Y Enferm* 2012; 18(3): 83–99, [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000300009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300009&lng=es); <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300009>
3. Porter JE, Cooper SJ and Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs* 2014; 22(2): 69–74.
4. Toronto CE and LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: an integrative review. *J Clin Nurs* 2019; 28(1–2): 32–46.
5. Porter J, Cooper SJ and Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. *Int Emerg Nurs* 2013; 21(1): 26–34.



6. Twibell R, Siela D, Riwitis C, et al. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs* 2018; 27(1–2): e320–e334.
7. García-Piña FJ. *Presencia de los Familiares durante la Reanimación Cardiopulmonar. Revisión Integrativa de la Literatura* [Presence of family members during cardiopulmonary resuscitation. Integrative review of the literature]. Bogotá, Colombia: Repos Univ Ciencias Apl y Ambient Fac Ciencias la Salud Programa Enfermería, 2019, pp. 1–13, <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1693/1/205553.pdf>
8. Wacht O, Dopelt K, Snir Y, et al. Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *Isr Med Assoc J* 2010; 12(6): 366–370.
9. Chapman R, Bushby A, Watkins R, et al. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: a qualitative perspective. *Int Emerg Nurs* 2014; 22(1): 18–24.
10. Tudor BK, Berger J, Polivka BJ, et al. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care* 2014; 23(6): e88–e96.
11. Johnson C. A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs* 2017; 30: 31–35.
12. Giles T, de Lacey S and Muir-Cochrane E. How do clinicians practise the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation? *J Clin Nurs* 2018; 27(5–6): e1214–e1224.
13. Vaz J, Alves R and Ramos V. Vantagens da presença da família numa reanimação ped [Advantages of the presence of the family in pediatric resuscitation or in painful procedures]. *Enferm Glob* 2016; 15(41): 375–386.
14. Asencio-Gutiérrez JM and Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar [The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation]. *Enferm Intensiv* 2017; 28(4): 144–159.
15. Lederman Z and Wacht O. Family presence during resuscitation: attitudes of Yale-New Haven hospital staff. *Yale J Biol Med* 2014; 87(1): 63–72.
16. Nykiel L, Denicke R, Schneider R, et al. Evidence-based practice and family presence: paving the path for bedside nurse scientists. *J Emerg Nurs* 2011; 37(1): 9–16.
17. Vincent C and Lederman Z. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *J Med Ethics* 2017; 43(10): 676–678.
18. Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. *The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation* 2010; 81(10): 1445–1451.
19. Moons P and Norekvål TM. European nursing organizations stand up for family presence during cardiopulmonary resuscitation: a joint position statement. *Prog Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3): 136–139.
20. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, et al. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2010; 122: S665–S675.
21. World Health Assembly, 69. *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona* [Framework on Integrated and Person-Centered Health Services: Report of the Secretariat]. World Health Organization, 2016, pp. 1–13, <http://www.who.int/iris/handle/10665/253079>
22. Lederman Z. La presencia familiar durante la resucitación médica tal como aparece en las series televisivas de gran audiencia: House, Grey's Anatomy, Medici [The family presence during medical resuscitation as it appears in large-scale television series audience: House, Grey's Anatomy, Medici]. *Ética Y Cine J* 2008; 2(17): 39–46.
23. Masa'Deh R, Saifan A, Timmons S, et al. Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective. *Glob J Health Sci* 2013; 6(2): 72–85, <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/28909>
24. AACN Practice Department Editors and Cox B. Family presence during CPR and invasive procedures. *Am J Crit Care* 2007; 16(3): 283.
25. Consorci Sanitari del Garraf, <https://www.csg.cat> (2019, accessed 5 May 2019).

26. Martínez-de-laIglesia J, Dueñas-Herrero R, Onís-Vilchesa C, et al. Cross-cultural adaptation and validation of Pfeiffer's test (Short Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ]) to screen cognitive impairment in general population aged 65 or older. *Med Clin* 2001; 117(4): 129–134.
27. Verd JM and Lozares C. *Introducción a la Investigación Cualitativa. Fases, Métodos y Técnicas* [Introduction to Qualitative Research. Phases, Methods and Techniques]. Madrid: Síntesis, 2016.
28. Abela JA. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada [The techniques of content analysis: an updated review], <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
29. Bashayreh I and Saifan S. Family witnessed resuscitation: through the eyes of family members. *J Am Sci* 2015; 11(3): 7–15.
30. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, et al. Presence of parents in the emergency room during invasive procedures: do they prefer to be present? *An Pediatría* 2009; 70(3): 230–234.
31. Tíscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco [Presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation: Perspectives of health professionals, patients and family in the Basque Country]. *Aten Prim* 2019; 51(5): 269–277.
32. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT, et al. 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 Libr Syst Rev* 2012; 10(32): 1883–2017.
33. Parra C, Mele M, Alonso I, et al. Parent experience in the resuscitation room: how do they feel? *Eur J Pediatr* 2018; 177(12): 1859–1862.
34. Puigblanqué Reyes E. Evaluación de proveedores de cuidados de salud ante la presencia de la familia durante la reanimación [Assessment of health care providers on family presence during resuscitation]. *Enferm Clin* 2011; 21(4): 227–229.
35. Zali M, Hassankhani H, Powers KA, et al. Family presence during resuscitation: a descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *Int Emerg Nurs* 2017; 34: 11–16.
36. Dwyer TA. Predictors of public support for family presence during cardiopulmonary resuscitation: a population based study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(6): 1064–1070.
37. De Robertis E, Romano GM, Hinkelbein J, et al. Family presence during resuscitation: a concise narrative review. *Trends Anaesth Crit Care* 2017; 15: 12–16.
38. Eichhorn DJ, Meyers TA, Guzzetta CE, et al. During invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *Am J Nurs* 2001; 101(5): 48–55.
39. İşlekdemir B and Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: a randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs* 2016; 24: 39–45.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

**6.3. ARTÍCULO 3. «FAMILY PRESENCE DURING RESUSCITATION:  
ADAPTATION AND VALIDATION INTO SPANISH OF THE FAMILY  
PRESENCE RISK-BENEFIT SCALE AND THE SELF-CONFIDENCE SCALE  
INSTRUMENT»**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

## RESEARCH ARTICLE

## Open Access

# Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument



Eva de Mingo-Fernández<sup>1,2,3\*</sup> , Ángel Belzunegui-Eraso<sup>4</sup> and María Jiménez-Herrera<sup>1</sup>

## Abstract

**Background:** Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation has been studied both to identify the opinions of health professionals, patients, and family members, and to identify benefits and barriers, as well as to design protocols for its implementation. R. Twibell and her team designed an instrument that measured nurses' perceptions of Risks-Benefits and Self-Confidence regarding Family Presence during Resuscitation. There are few studies in Spain on this practice.

**Methods:** The aim is to adapt and validate into Spanish the Family Presence Risk-Benefit scale and Family Presence Self-Confidence scale instrument. For this purpose, this instrument was translated cross-culturally, and administered in paper and online version. Statistical tests were carried out for the validity of the questionnaire. Five hundred forty-one healthcare professionals were invited to respond. The results were analyzed by the same statistical procedures as in the original scale. Ethical approvals and research permissions were obtained according to national standards.

**Results:** Two hundred thirty-seven healthcare professionals (43.8%) answered the survey (69% women), of whom 167 were nurses. Validation of instruments: Cronbach's  $\alpha$  in Family Presence Risk-Benefit scale was 0.94. Cronbach's  $\alpha$  in Family Presence Self-Confidence scale was 0.96. Factor Analysis Kaiser, Meyer and Olkin (KMO) was greater than 0.9. The correlation between the two measured scales, is significant and has a moderate intensity of the relationship ( $r = 0.65$  and  $\alpha < 0.001$ ).

A lower predisposition to Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation is observed, but the pure detractors are only 12%. Doctors are more reluctant than nurses.

**Conclusions:** The psychometric properties of the questionnaire in Spanish indicate high validity and reliability. Risk-Benefit perception and Self-Confidence are related to the healthcare professionals who consider the Family Presence to be beneficial. More studies in different contexts are necessary to confirm the psychometric results and validity of this instrument in Spanish.

**Keywords:** Family witnessed resuscitation, Ethic CPR, Family presence during resuscitation, Staff opinion, Family presence during resuscitation

\* Correspondence: [evamariade.mingo@urv.cat](mailto:evamariade.mingo@urv.cat)

<sup>1</sup>Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Infermeria, Tarragona, Spain

<sup>2</sup>Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG), Barcelona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

## Background

The World Health Organization (WHO) concept of health allows for a holistic view of the human being, with attention focused on the person, by including the family and the communities in the center of the health system, since the individual develops within the family and the family becomes the first patient support system [1].

Family Presence During Resuscitation (FPDR) can be defined as the presence of one or more family members in the space where cardiopulmonary resuscitation (CPR) is being performed and that they are able to maintain visual or physical contact with the patient and healthcare team [2].

In 1982, at the Foote Hospital in Michigan in the United States, the protocols of the time, which did not allow FPDR, were challenged by the request of two families to be present during CPR, generating a debate about the right to be at the side of their relatives [3].

Family Presence during Resuscitation (FPDR) is controversial. From the health professionals' point of view, some authors point out, as general arguments in favor, that it offers the opportunity to give emotional support to the patient and to be by the side of the loved one, reducing at the same time the anxiety of the relatives. It also allows to follow the events at all times, which facilitates making quick and consensual decisions in situ [4, 5], and enabling a better process of grief [6].

The arguments to the contrary focus on several aspects, such as that the medical team feels evaluated and analyzed, thus causing them discomfort and pressure [5, 7–9]; the frequency with which lack of knowledge and misinterpretation of procedures by family members give rise to traumas, complaints and fears of a possible interruption of proceedings; and also the limited physical space and legal vacuum, since there are no guidelines in this regard [8, 10, 11]. Relatives who have witnessed CPR think that it is beneficial for the patient and families, and this opinion is not conditioned by age, education or income, nor by the last will and testament [12]. Other determining factors for the acceptance of FPDR are of cultural and religious nature, varying the percentages of acceptance of FPDR when the studies come from countries with different cultural and religious traditions [13–19].

The European Resuscitation Council (ERC), a component of the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), in its 2015 ethical recommendations, states that the medical team should offer selected family members the opportunity to be present during the resuscitation of a loved one, the health team should be sensitive to FPDR, assigning a member of the team (if possible) to inform, support and give comfort to the family member present [20]. Additionally, the European Federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) and the European Nursing Organizations support the FPDR [21, 22].

From an ethical point of view, hospital policies restricting FPDR should be rectified, and new protocols should be developed to enable admitting the family to these procedures, as the principle of patient's autonomy supports this.

The primary aim of our study is to adapt and validate the scale of Twibell et al., since we found that we were not able to use it in our language. This study is necessary to obtain a reliable tool in Spanish, which would facilitate further studies on FPDR. The secondary aim was to know the opinions of health professionals (both medical and nursing staff) who work in different health services of the Consorci Sanitari del Garraf (CSG) of Barcelona, Spain, such as the Intensive Care Unit (ICU), Emergencies (ER), Dialysis, Social Healthcare (SH), Hospitalization facilities, etc., and thus objectify the opinions and preferences of the doctors and nurses carrying out the pre- and intrahospital services. To this end, the three scales from the study of Twibell et al. [23] are replicated: Family Presence Risk-Benefit (FPRB), Family Presence Self-Confidence (FPSC) [23] and also, a sociodemographic questionnaire. These indices measure the perceptions of doctors and nurses about the risks-benefits and self-confidence that the presence of the family entails in CPR. The transcultural translation of the instrument was performed, including the physicians in it, and the results obtained in the original study were compared with those obtained in the Garraf region (Barcelona). There are few studies in Spain on this practice and we translated this instrument so that further studies on FPDR can be carried out.

## Methods

Ethical approvals and research permissions were obtained according to national standards, guaranteeing the anonymity of the respondents. The study was approved by the institutional review board of the Consorci Sanitari del Garraf, and by the clinical research Ethic Committee of the Fundació Unió Catalana Hospitals with code CEIC 15/31.

The questionnaires elaborated by Twibell et al. [23] on FPRB-FPSC were selected because they provide high level of internal consistency and construct validity, following maximum likelihood exploratory factor analysis with varimax rotation. These scales are a valuable method to evaluate professionals' perceptions of the risks, benefits, and self-confidence to manage FPDR. They consist of 3 questionnaires, a socio-demographic one, another one that evaluates Risk-Benefit (FPRB) and the last one that evaluates Self-Confidence (FPSC). The FPRB scale requires participants to rate their agreement with 22 items using a five-point Likert scale which ranges from strongly disagree (1) to strongly agree (5). A higher score indicates a greater level of the benefit perceived from FPDR. Only one factor was identified, accounting for 53% of variance in nurses'

perceptions of risks and benefits of FP. Factor loadings ranged from 0.890–0.0498 and internal consistency was Cronbach's alpha of 0.96.

The FPSC scale also requires participants to rate their agreement with 17 questions using a five-point Likert scale, which ranges from not at all confident (1) to very confident (5). A higher score indicates a greater level of self-confidence in managing FPDR. Also, only one factor was identified for the 17 items, accounting for 52% of respondents' perceptions. The FPSC factor loadings ranged from 0.553–0.825 and internal consistency was Cronbach's alpha of 0.95.

Some items of the sociodemographic variables have been changed (Table 1) to fit the ethnic, professional, and educational profile of our country. Doctors were included to obtain a more generalized view of the subject. Initially, the questionnaire was applied to nurses, but other studies such as those of MC Lean [24] and Chapman [25] included doctors in them, which allowed to make comparisons between the two health groups.

The inclusion criteria was to be a doctor or a nurse working in the CSG. A convenience sample was created. It was formed of 541 CSG health professionals, of whom 197 are doctors and 344 nurses. They were invited to respond anonymously to this survey. The invitation to participate in the survey was sent by the main researcher, via corporate mail in a direct message with a link to Google Forms, from September 1st, 2018 to October 31st, 2018 and from May 1st, 2019 to June 30th, 2019. The respondents were given the option to answer to the survey on paper or online, via Google forms. To collect the paper surveys, cardboard boxes were provided, notifying the day of collection so that the anonymity of the respondents could be respected. To calculate the margin of error, a 95% confidence level was selected, with simple random sampling.

#### Transcultural translation and validation of the instrument

The survey by Twibell et al. [23] was selected for transcultural translation. The methodology used for the cross-cultural adaptation of questionnaires for use in health research was the one proposed by Sousa and Rojanasrirat [26]. Two native Spanish translators with fluent English translated it into Spanish and two native English translators translated it back into English so that the questions were similar and had the same meaning as in the original survey. In an initial pilot study, 25 surveys were completed to determine if the healthcare professionals understood the questions; comprehension problems arose with 3 of them. A Delphi group was convened with research, resuscitation, and ethics experts, and the 3 questions were resolved so that the final questionnaire could be developed.

To validate that the items measured the same underlying dimension, factorial analysis was performed using the maximum likelihood method, as in Twibell et al. [23], with all of the variables and not excluding them from the analysis due to the existence of low item-total correlations.

Next, the validity of the indices of the instrument caused by transcultural translation was questioned, calculating its reliability measures (item-total correlation) and internal consistency (Cronbach's alpha). Correlations were performed between the Risk-Benefit and Self-Confidence indices, using Pearson's *r*. Analysis of variance (ANOVA) was also used to relate the indices of the scales with attitudes, actions and characteristics of the sample when there were more than two groups, and Student's *t*-test was used to compare means between two groups (according to independent variables).

#### Comparison with the original survey and with other studies that have used the same instrument

After obtaining the statistical results, they were compared with the results of the other studies that have used the instrument of Twibell et al. [23]. In this comparison, the same statistical procedures were used as in the original survey. Then, a comparison was made with the data resulting from the combination of the sociodemographic scales and the FPRB and FPSC from several studies that used the same instrument.

#### Results

The sample is composed by 237 health professionals, who represent 43.8% of the hospital's professional population, and with a confidence level of 95%, the sample margin of error was 4.78%.

The survey was distributed among doctors and nurses. Regarding the total population of doctors and nurses, 47.4% of the doctors and 36.6% of the nurses of the hospital participated in the study. There is a higher presence of women (69%) than men (31%). In the sample, 48% of the health professionals are between 36 and 55 years of age, and 17% are older than 55 years. Fifty-one percent of the sample is composed of health professionals with more than 16 years of experience, with 24% of healthcare professionals having less than 5 years of experience and 51% of the sample having some specialty in their profession (Table 2).

It is relevant that the sample is made up mostly of health professionals who work in hospital, emergency, or social health care settings, so that it can be inferred that the information provided is based on their own experiences, since the interviewees work in areas where resuscitation is performed on a regular or occasional basis. In the survey, some questions take the FP issue to the personal sphere of the participants, and most of their



**Table 1** Table of amendment questions Questionnaire in Spanish

Twibell et al. [23] Original tool.	CSG (2018) Modifications.
<p><b>47. In what unit were you working the last time when you invited a family member to be present during a resuscitation attempt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emergency Department</p> <p><input type="checkbox"/> Critical Care Unit</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Critical Care Inpatient Unit</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Not applicable.</p>	<p><b>47. In what unit were you working the last time when you invited a family member to be present during a resuscitation attempt?</b></p> <p>1) Emergencies</p> <p>2) ICU</p> <p>3) Social Healthcare</p> <p>4) Acute hospital unit</p> <p>5) Residency</p> <p>6) External Consultations</p> <p>7) Hospital/day center</p> <p>8) Rehabilitation</p> <p>9) Others_____</p>
<p><b>51. What type of unit do you work on most often?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emergency Department</p> <p><input type="checkbox"/> Critical Care Unit</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Critical Care Inpatient Unit</p> <p><input type="checkbox"/> Outpatient Unit</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p><b>51. In which unit do you work most often?</b></p> <p>1) Emergency D.</p> <p>2) ICU</p> <p>3) Social Healthcare</p> <p>4) Acute hospital unit</p> <p>5) Residency</p> <p>6) External Consultations</p> <p>7) Hospital/day center</p> <p>8) Rehabilitation</p> <p>9) Others_____</p>
<p><b>52. Current nursing role</b></p> <p><input type="checkbox"/> RN</p> <p><input type="checkbox"/> LPN</p>	<p><b>52. Profession:</b></p> <p>1.- Nurse _____</p> <p>2.- Physician _____</p> <p>3.- Others_____</p>
<p><b>54. Highest nursing degree completed</b></p> <p><input type="checkbox"/> Licensed Practical Nurse Program</p> <p><input type="checkbox"/> Associate Degree in Nursing</p> <p><input type="checkbox"/> Baccalaureate Degree in Nursing</p> <p><input type="checkbox"/> Master's Degree in Nursing</p> <p><input type="checkbox"/> Doctoral Degree in Nursing</p>	<p><b>54. Highest level of education completed:</b></p> <p>1.) Graduate/Qualified</p> <p>2.) Master's Degree</p> <p>3.) Doctorate</p>
<p><b>56. Age</b></p> <p><input type="checkbox"/> 18–24 years</p> <p><input type="checkbox"/> 25–39 years</p> <p><input type="checkbox"/> 40–55 years</p> <p><input type="checkbox"/> Over 56 years</p>	<p><b>56. Age</b></p> <p>1) 20–25 years</p> <p>2) 26–35 years</p> <p>3) 36–45 years</p> <p>4) 46–55 years</p> <p>5) Over 55 years</p>
<p><b>58. Do you hold membership in a professional nursing organization?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	removed
<p><b>59. Ethnicity</b></p> <p><input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Asian</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Hispanic</p> <p><input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Eskimo</p> <p><input type="checkbox"/> Pacific-Islander <input type="checkbox"/> Other_____</p>	removed

responses were in the direction that they would not like their family members to be present during their resuscitation, especially for health professionals who work in the emergency room. Those who opted for their family members to be present are those who perceive more benefits in the FPDR. Healthcare providers who have experienced CPR barely reach 13%, with the majority being men and older people. As far as the invitation to the FPDR is concerned, it barely reaches 5% and is recurrently 4% (Table 3).

Regarding the question of who should decide on the FPDR, 67% reported that it was the doctor, and 46% that the patient; 42% believe that it should be the nurse and 33% the family, but if they were made to choose the most appropriate person to make this decision, the majority (46%) appointed the doctor, and only 26% believed that it should be the patient.

It is the doctors themselves who believe that they should make this decision, as well as the health professionals with more experience and age, and those who believe that there are more risks related to the presence of family members, and also those who feel less confident in the presence of family members during resuscitation (Table 3).

Health care professionals who work in the social health field, the youngest and least experienced respondents, and those who have higher self-confidence in the presence of family members believe that it is the patient who should decide.

Regarding the willingness to include FP in advance directives, 66% of healthcare professionals are in favor.

Emergency medical and nursing staff see more risks and fewer benefits to FPDR and rely less on themselves to face this possibility. On the other hand, hospital and social health workers see more benefits than risks, with those in the social health field being more self-confident.

A total of 76% of participants in the survey responded to the open question about the main reasons for not offering the FPDR, and there were three reasons: emotional impact (42%), fear of the families' disruptive reaction (25%) and distrust of the resuscitation team not feeling comfortable and unable to work under pressure (22%), all of them conditioning the results of the procedures. The three main reasons in favor of offering FPDR are: the request of the family members themselves (21%) (by the patient or family), the fact that families can verify that everything possible has been done for their loved one (20%) and can better understand the resuscitation procedure, and the accompaniment between the family and the patient during CPR (17%).

In the survey questions from 44 to 50 (see Table 3), participants are directly asked about their personal opinion and experiences of Family Presence. Most of responses in this set of questions were in the direction

that they would not like their family members to be present if they were resuscitated. Specifically, the most reluctant healthcare professionals are those who work in the emergency care.

The prevailing view is that it is the physician who should make the decision on the FPDR and that the patients should include it in their advance directives.

The correlation between the two scales (RB/SC) is significant and with a moderate intensity of the relationship ( $r = 0.65$  and  $\alpha < 0.001$ ).

To measure the effect size, Cohen's  $d$  was incorporated, following the instructions of J. Cohen [27].

#### Validity of the instrument

To validate the instrument, its reliability indices were calculated: Cronbach's alpha and item-total correlations. In the Risk-Benefit index, there were five items [4, 8, 12–14] identified as poorly correlating with the total ( $r < 0.3$ ), so they were removed. After the removal of these items, the calculations of the Risk-Benefit index yielded a Cronbach's alpha of 0.95 (Table 4).

In the Self-Confidence index, the correlation of all items with the total was greater than 0.5, so no changes were necessary. Cronbach's alpha in this construct equals 0.94 (Table 4).

Applying factor analysis, the KMO measure is greater than 0.9, which indicates the suitability of the variables. The Risk-Benefit and Self-confidence indices maintain a moderate correlation of  $r = 0.65$  in a positive sense.

In the analytical sense of the Index of Risks and Benefits of the presence of relatives in our replica, three realities are measured:

- Factor 1: the role of patients and relatives in resuscitation (rights, attitudes, effects of FP on them...)
- Factor 2: benefits of FP for doctors and nurses.
- Factor 3: effects of FP on satisfaction surveys

In the Self-confidence Index: we find TWO realities, two different expressions of the concept of self-confidence:

- Factor 1: self-confidence towards the relationship with the family during resuscitation
- Factor 2: self-confidence towards the technical aspects of professional practice during resuscitation (administration of medication, electrical therapy, chest compression...)

#### Discussion

Compared with the study by Twibell et al. [23] and in reference to the validity of the indices, a more dispersed distribution has been obtained, with higher indices of

**Table 2** Descriptive results

QUESTIONS	Variables	% CSG Staff	QUESTIONS	Variables	% CSG Staff
55.- Gender	Man	31%	57R.- Do you hold a specialty in your profession?	No	49%
	Woman	69%		Yes	51%
56.- Age (years)	20–25	10%	48.- Who should make the decision about family presence during resuscitation efforts?	Physician	67%
	26–35	25%		Patient	46%
	36–45	24%		Nurse	42%
	46–55	24%		Family	33%
	Over 55	17%		Others	11%
54.- Highest level of education completed	Graduated/Army Professional	48%	46.-How many times have you invited a family member to be present during a resuscitation?	> 5 times	4%
	Masters	46%		< 5 times	5%
	Doctorate	6%		Never	92%
53.- Years of professional experience	Less than one year	5%	44.-Would you want your family members to be present if you are a patient who needs resuscitation?	No	73%
	1–5	18%		Yes	27%
	6–10	14%	45.- Have you ever been present in the room during the resuscitation of one of your family members?	No	87%
	11–15	11%		Yes	13%
	16–20	17%		47.- In what unit were you working the last time that you invited a family member to be present during a resuscitation attempt?	Emergencies
Over 20 years	34%	Acute Hosp. Unit	14%		
51.- In which unit do you work most often?	Acute Hosp. Unit	27%	Social healthcare		9%
	Emergencies	25%	ICU		5%
	Social healthcare	22%	External Consultation		1%
	ICU	6%	Residency		1%
	External Consultation	5%	Others		53%
	Residency	3%	52.- Profession	Nurse	69%
	Hospital/Day center	1%		Physician	30%
	Rehabilitation	0%		Others	1%
	Others	11%			

asymmetry and kurtosis, to the point that the self-confidence index does not comply with the principle of normality. In both questionnaires, the Cronbach's  $\alpha$  is very similar, with our FPRB being  $\alpha = 0.95$  in RB and  $\alpha = 0.96$  that of Twibell et al. [23]; FPSC obtained an  $\alpha = 0.94$  while Twibell et al. [23] obtained  $\alpha = 0.95$ , so we can affirm that we were able to replicate the reliability of both indices. As for the correlation between the two scales (FPRB-FPSC), it is significant and has a moderate intensity of the relationship ( $r = 0.65$  and  $\alpha < 0.001$ ), while the one by Twibell et al. [23], gave an  $r = 0.56$  and an  $\alpha < 0.001$ , slightly below the results from this study.

In the factorial analysis, six variables have been found not to work well in the Risk-Benefit index, three of them have been removed from both studies and the remaining

ones have either been excluded or obtained low factorial loads in one or the other study (Table 4).

The fundamental difference with Twibell et al. [23] is that in our study, there are additional variables that have generated different correlations in certain factors. Thus, it is worth asking what underlying dimensions they were meant to measure: risks, benefits, or self-confidence, since different meanings of these concepts emerge from the results, either due to polysemy or because they are items that do not define these dimensions well. For example, polysemy was found in the self-confidence index, since health care providers' self-confidence behaves differently if one speaks from the social perspective (treatment of families, communication), in that those who agree on FP are more confident and those who disagree

**Table 3** Value Chisq and Cohen's d

QUESTIONS	44	45	46	49a	49b	50	QUESTIONS
<b>AGE (%)</b>	27,4%	12,7%	8,4%	45,6%	26,2%	65,8%	44 If I were a patient under resuscitation, I would like my family to be present in the room.
20–35 (n = 83)	25%	6%	7%	31%	39%	72%	
36–55 (n = 113)	28%	15%	9%	47%	24%	66%	
> 55 (n = 41)	29%	20%	10%	71%	7%	51%	
Value chisq	0,3	5,63	0,27	17,34	14,44	5,44	
P-value chisq	0,86	0,06	0,87	0,00	0,00	0,07	
Cohen's d	–	–	–	0,56	0,51	–	
<b>GENDER</b>							45 I have been present in the room during the resuscitation of one of my relatives.
MEN (n = 73)	30%	22%	11%	49%	29%	60%	
WOMEN (n = 164)	26%	9%	7%	44%	25%	68%	
Value chisq	0,39	8,18	0,87	0,6	0,37	1,44	
P-value chisq	0,53	0,00	0,35	0,44	0,54	0,23	
Cohen's d	–	0,38	–	–	–	–	46 I have sometimes invited a family member to be present during resuscitation.
<b>PROFESSIONAL STATUS</b>							
Nurse (n = 163)	31%	12%	9%	38%	31%	72%	
Doctor (n = 72)	21%	14%	7%	63%	14%	51%	
Value chisq	2,42	0,12	0,33	12,05	8,34	9,81	
P-value chisq	0,12	0,73	0,57	0,00	0,00	0,00	
Cohen's d	–	–	–	0,46	0,38	0,41	49a Believe the doctor is the most adequate person to decide about FPDR
<b>HOSPITAL UNIT</b>							
Acute Hosp Unit (n = 63)	35%	16%	11%	48%	24%	75%	
Emergency (n = 59)	14%	14%	3%	46%	27%	56%	
Social Healthcare (n = 51)	39%	4%	8%	27%	37%	80%	49b Believe THE PATIENT is the most adequate person to decide about family presence during resuscitation
Value chisq	15,45	6,74	5,68	9,06	5,15	17,34	
P-value chisq	0,00	0,08	0,13	0,03	0,16	0,00	
Cohen's d	0,53	–	–	0,4	–	0,56	
<b>YEARS OF EXPERIENCE</b>							
< 5 (n = 56)	25%	5%	0%	30%	43%	64%	50 The decision about family presence must be part of a patient-authorized advance directive
6–20 (n = 100)	33%	13%	9%	45%	31%	78%	
> 20 (n = 81)	22%	17%	14%	57%	9%	52%	
Value chisq	2,83	4,28	7,97	9,35	22,16	13,68	
p-value chisq	0,24	0,12	0,02	0,01	0,00	0,00	
Cohen's d	–	–	0,37	0,41	0,64	0,5	

are less confident, or if one speaks of technical procedures that are assumed to be performed whether they agree or disagree with FP.

The perceptions of the effect of FP on satisfaction surveys measure a risk or a benefit, since in all combinations of factor analysis, these are variables that do not correlate with the rest of the index items.

It does not seem that transcultural translation has produced any disturbance, but rather that the healthcare professionals participating in this study have different opinions than health professionals in the United States sample.

For the comparison of the sample, the inclusion of doctors in the study has made it possible to increase the presence of men and older professionals with more extensive experience, although the differences between medical and nursing staff have not been significant in most of the variables, as in the McLean [24] and Chapman [25] studies, which did include physicians in the sample. The sample in this study, although smaller ( $n = 237$ ), is more representative in terms of hospital units (Table 5).

We observe that in comparison with the sample of Twibell et al. [23], in this study we have obtained a

**Table 4** Results CSG health personnel FPRB-FPSC

Perceptions of Self-Confidence in FPDR.				Risk-Benefit Perception in FPDR			
Item number (original order)	F1 34%	F2 20%	F3 11%	Item number (original order)	F1 24%	F2 21%	F3 14%
1	I could inform the relatives present during the resuscitation procedure.	0.666		1	Family members should be given the option of being present while their loved one is undergoing an invasive procedure.	0.761	
2	I could administer medication during a resuscitation witnessed by relatives		0.882	2	Family members would be terrified to witness the technique of an invasive procedure.	-0.477	
3	I could administer electrical therapies (defibrillation, cardioversion, etc.) during family-witnessed resuscitation.		0.904	3	Family members will have long-term difficulties in coping with the emotional impact of having witnessed a resuscitation.	-0.54	
4	I could perform thoracic compressions during resuscitation with relatives present.		0.866	4	The resuscitation team could develop a close relationship with family members who witness resuscitation efforts compared to family members who do not witness them.	0.551	
5	I could communicate effectively with the rest of the healthcare team during resuscitation witnessed by family members.	0.52	0.57	6	I would like to be present if a loved one were revived.	0.54	
6	I could maintain the dignity of the patient during a family-witnessed resuscitation.	0.591		7	Patients DO NOT want their relatives to be present during resuscitation attempts.	-0.522	
7	I could identify the relatives that have adequate behaviors during resuscitation.	0.611		9	Family members who witness a failed resuscitation will have a better and healthier grieving process.	0.546	
8	I could prepare the family to access the area of resuscitation of their loved one.	0.76		10	If my loved one is being resuscitated, they should allow me to be present since I am a nurse/ doctor.	0.365	
9	I could ensure that the doctors who assist the patient support the family presence during the resuscitation of their loved one.	0.572		11	The presence of family members will interfere with the resuscitation process.	-0.632	
10	I could accompany the relatives who are in the area of resuscitation during the resuscitation of their loved one.	0.777		15	Family members in the unit where I work would like to be present during resuscitation.		
11	I could inform the healthcare team that resuscitation is being witnessed by relatives.	0.542		16	The FPDR is beneficial for patients.	0.418	
12	I could provide comfort measures to the family members present during the resuscitation of their loved one	0.818		17	The FPDR is beneficial for families.	0.504	
13	I could identify the spiritual and emotional needs of the family members present during the resuscitation of their loved one.	0.777		18	The FPDR is beneficial for nurses.		0.796
14	I could encourage family members to talk with their loved one during resuscitation.	0.688		19	The FPDR is beneficial for physicians.		0.877
15	I could delegate functions to other nurses to support the family members present during the resuscitation of their loved one.	0.621		20	The FPDR should be part of family-centered care	0.564	
16	I could inform the family after resuscitation.		0.952	21	The FPDR will have a positive effect on the patient satisfaction survey of hospital care.		0.802
17	I could coordinate the follow-up of the grief process of the relatives after a resuscitation if necessary.	0.517		22	The FPDR will have a positive effect on the survey of hospital satisfaction by the family.		0.811
				23	The FPDR will have a positive effect on the nursing care satisfaction survey of the nurse.		0.896

**Table 4** Results CSG health personnel FPRB-FPSC (Continued)

Perceptions of Self-Confidence in FPDR.				Risk-Benefit Perception in FPDR			
Item number (original order)	Loads F1	Loads F2	Loads F3	Item number (original order)	Loads F1	Loads F2	Loads F3
	34%	20%	11%		24%	21%	14%
<b>Varimax rotation with 5 removed items in FPDR in Risk-Benefit</b>				24	The FPDR will have a positive effect on the physician hospital care satisfaction survey	0,892	
<b>Maximum Likelihood method</b>				25	The presence of family members during resuscitation is a right that all patients should have.	0,652	
				26	The presence of family members during resuscitation is a right that all family members should have.	0,618	

much smaller presence of professionals who have sometimes invited a family member to witness resuscitation, which makes it impossible to evaluate this item, since there were barely 20 cases.

A lower predisposition to FPDR is observed, due to a higher risk perception and lower self-confidence than in Twibell et al. [23], and this is the main result obtained from this study. This can be explained taking into account the different characteristics of the sample, especially the participation of doctors, who are the ones that value PF the worst, but we believe that the key is in the cultural differences, since in this study there are a lot fewer professionals that have ever invited the relatives to attend a resuscitation process and this constitutes a conditioning pattern that can influence all the rest. A difference has been observed between the assessments of the emergency staff, which would be a very interesting subject for further investigation.

An index correlation very similar to that of Twibell et al. [23] has been obtained: the medical and nursing professionals who perceive more benefits are the ones who are more confident of being able to manage the presence of the families.

Another key difference is that in this study no single explanatory factor has been obtained to explain the perception about inviting or not inviting relatives to resuscitation, and that the qualitative questions have allowed to confirm that the main barriers to invite relatives coincide with the theoretical framework presented by Twibell et al. [23]: avoidance of causing an unpleasant impact on families, fear of a disruptive reaction from families, and fear of the resuscitation team not working comfortably. However, the main reasons for inviting family members presented by Twibell et al. [23] in their study are not the ones most frequently mentioned by the participants of our study. The fact that families

**Table 5** Comparative sociodemographic data

RESULTS TWIBELL et al. [23]			RESULTS CSG HEALTH PROFESSIONALS		
		%			%
GENDER	Woman	95.7	GENDER	Woman	69.2
	Man	2.1		Man	31.8
AGE (years)	Less than 24 years	4.5	AGE (years)	From 20 to 35	35.0
	From 25 to 39	38.1		From 36 to 55	47.7
	From 40 to 55	46.1		More than 55	17.3
	More than 55	8.5		Years of experience	Less than 1
Years of experience	Less than 1	3.7		From 1 to 5	18.1
	From 1 to 5	18.4		From 6 to 10	14.3
	From 6 to 10	21.9		From 11 to 20	27.8
	From 11 to 20	30.7		More than 20 years	34.2
	More than 20 years	23.5	Highest level of education completed	Graduate	48.1
Highest level of education completed	Graduate	78		MA	
	MA			Assimilated/Qualified	
	Assimilated/Qualified			Postgraduate/Doctorate	51.9
	Postgraduate/Doctorate	3.7	Auxiliary nurse		

understand that everything was done for their loved one is one of the reasons mentioned by one in five participants, positive grief management is mentioned by one in ten, not emphasizing the understanding of the severity of the patient.

Overall, the FPDR rating is more positive than negative. In relative terms to the index averages, we have 48% of “detractors” but in absolute terms only 12% of the participants are pure detractors, because the scores of both indexes are below 2.5.

Doctors are more reluctant to FPDR than nurses, especially in emergency care and intensive care units. This aspect contrasts with the McLean [24] and Chapman [25] studies, where there are no significant differences in the perceptions of self-confidence, but it must be pointed out that in the center where the McLean study was carried out, training programs and protocols on PFDR were implemented, thus conditioning this perception. Also, professionals with specialties were found to be more reluctant, but this variable is very much influenced by the profession, since it is doctors who have specialties and most nurses do not have them, in part due to the recent incorporation of specialties in Spain. It is interesting to note that it is in the area of emergency care where they are most reluctant to FPDR, since it is the area where they have contact with this procedure most often, and also that it is in the social health field, where these procedures are hardly performed, where they have the most self-confidence, a result that could open doors to future investigations.

When asked who should make the decision, those who choose to give more responsibility to medical staff are those who see more risk in FP and who have less confidence in themselves (especially older, more experienced physicians). In contrast, those who see greater benefits and have more self-confidence (nurses and young professionals with less than 5 years of experience), choose to give the decision responsibility to the patient.

It is observed that, behind the attitudes, there is a background of generational change that is advancing to allow FP. In this regard, the same trend is observed when we ask whether FP should be part of the patient's advance directives.

In our study, many professionals (26%) report a lack of specific training and protocols to successfully perform FPDR, a factor that coincides with the studies by Chapman [25] and Powers [28] stating that “a key predictor to support FPDR is to receive training and have specific protocols”.

It would be interesting to reproduce this tool in other Spanish-speaking contexts, in order to analyze its reliability outside the context studied.

### Limitations

The results of this study should be interpreted with caution due to their limitations. One limitation was related to the method of data collection (manual and electronic). Almost 50% of the population participated in the study. The relatively small sample can possibly be explained by the fact that this topic is still quite unknown and may cause uncomfortable emotions, which could negatively impact the willingness to participate in the study.

While in Twibell et al. [23], the original study obtained data that did not include a “do not know/no answer” option for each question, this study provided data that did take this answer option into account. There are advantages to this decision, since it does not force the participants to choose an answer when faced with doubts, but on the other hand, it can sometimes be used as an evasive category when faced with a decision in a specific situation.

Medical and nursing staff, who have at some point witnessed a loved one's CPR, are mostly men and there may be a gender bias in FPDR.

A greater perception of risk and lower self-confidence is observed, especially among emergency care providers, than in the sample by Twibell et al. [23]. Health professionals with greater self-confidence consider FP to be more beneficial.

The difference of 12 years between the original study and this study must be taken into account, since society's opinion and the training of health professionals change with regard to the principles of bioethics, especially that of autonomy, which gives more empowerment to the patient and the family, leaving behind clinical decisions of medical paternalism.

### Conclusions

The proposed indices are valid with the variables with which they are constructed since they offer high reliability indices. However, there are some variables that have been removed due to low correlation, as in the study by Twibell et al. [23]. Some of the variables have generated additional unexpected factors. Of the 26 variables of the risk index, 14 variables that measure the same thing have been secured. Out of the 17 variables in the self-confidence index, 13 are part of the same factor. It is worth reflecting on whether it is preferable to discard some of the variables that now form part of the indexes or whether the fact that the index has different dimensions constitutes a value to be preserved.

FP generates controversy among health professionals, with doctors and nurses differing in their opinions, the latter being more in favor of FP. There is a trend towards generational change, as younger and less experienced health professionals tend to have greater acceptance of FP.



A possible explanation for the different attitudes toward FPDR among health professionals in different countries could be related to cultural differences and different healthcare models.

More studies on FPDR are needed in Spanish-speaking regions, and therefore it would be advisable to replicate this study to ensure the reliability and validity of the instrument in different health and sociocultural contexts.

### Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06180-2>.

#### Additional file 1.

### Abbreviations

CPR: Cardiopulmonary Resuscitation; CSAPG: Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf; CSG: Consorci Sanitari del Garraf; FP: Family Presence; FPDR: Family Presence during Resuscitation; FPRB: Family Presence Risk Benefit scale; FPSC: Family Presence Self Confidence scale; FWR: Family Witnessed Resuscitation; WHO: World Health Organization

### Acknowledgements

We thank Renee Twibell for her collaboration, both for letting us translate the FPSC-FPRB scales into Spanish, and for her constructive feedback on our study.

I also want to thank the CSAPG for allowing me to use their facilities and their research department to carry out the study, with special thanks to Dr. Antonio Yuste, Esther Valldosera, Dr. Cesar Gálvez and Dr. Alejandro Rodríguez-Moliner, for advising me and facilitating the access to the resources for my research.

### Authors' contributions

All the authors have read and approved the manuscript. EdM-F- Predoctoral Student and main author of the article. Á B-E- He has collaborated in the review of the methodological part, more specifically, in the Review of the Analysis. M J-H. She has collaborated in the review of the whole paper. She is the tutor of Eva de Mingo's doctoral thesis.

### Authors' information

EdM-F Nurse in the Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG) (Barcelona) and collaborator in the research department. Associate professor in the nursing department of the URV for 4 years and currently, predoctoral fellow at the Fundació Martí Franquès.  
ÁB-E. Tenured professor of Science Methodology and Data Analysis in the Rovira i Virgili University (URV). PhD in Sociology at the Universitat Autònoma de Barcelona and Postgraduate in Demography at the same university. Director of the Social Inclusion Chair of the URV. As research coordinator, he has developed leading competences on team management both in managing a research group of URV (SBRIlab, with 20 members) and coordinating projects. He coordinated a national project on poverty and gender that involved 6 different universities. He was the scientific co-director of the European project ICUD, in which he developed a methodology of procedures implemented by international partners.  
MJ-H. Tenured professor of Ethics at the Nursing Faculty of the Rovira i Virgili University. PhD in Social and Cultural Anthropology. Master in Bioethics and Diploma in Criminology.

### Funding

There has been no funding from any organization to carry out this work.

### Availability of data and materials

The data sets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

### Ethics approval and consent to participate

The study was approved by the institutional review board of the Consorci Sanitari del Garraf, and by the clinical research Ethic Committee of the Fundació Unió Catalana Hospitals with code CEIC 15/31, including the procedure for obtaining informed consent.

The author of the survey, Twibell R, provided written permission to use, translate and modify the tool as needed.

The consent of the participation in the study is implicit to answer the survey anonymously, via online (google forms) or paper, and digital informed consent to participate was obtained from all participants.

### Consent for publication

Not applicable.

### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

### Author details

<sup>1</sup>Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Infermeria, Tarragona, Spain.

<sup>2</sup>Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG), Barcelona, Spain.

<sup>3</sup>Universitat Rovira i Virgili, Fundació Martí-Franquès, Tarragona, Spain.

<sup>4</sup>Universitat Rovira i Virgili, Departament d'estadística, Tarragona, Spain.

Received: 22 May 2020 Accepted: 16 February 2021

Published online: 12 March 2021

### References

- 69th World Health Assembly. Framework on Integrated and Person-Centered Health Services. World Health Organization (WHO). 2016;1:1–13. <http://www.who.int/iris/handle/10665/253079>.
- 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(2):69–74. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X13000657>.
- Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: An option. *Ann Emerg Med*. 1987;16(6):673–5.
- Wacht O, Dopelt K, Snir Y, Davidovitch N. Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *Isr Med Assoc J*. 2010;12(6):366–70.
- Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *Int Emerg Nurs*. 2014; 22(1):18–24. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.03.008>.
- Tudor BK, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' Perceptions of Family Presence During Resuscitation. 2014;23(6).
- Johnson C. A literature review examining the barriers to the implementation of family-witnessed resuscitation in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*. 2017;30:31–5. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.11.001>.
- Giles T, de Lacey S, Muir-Cochrane E. How do clinicians practise the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation? *J Clin Nurs*. 2018;27(5–6):e1214–24.
- Waldemar A, Thylen I. Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 2019;42(May2018):36–43. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.05.009>.
- Dall'orso S, Jara Concha P. Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: the look of nurses and family. *Cienc y enfermería XVIII*. 2012; (3):83–99.
- Axelsson AB, Zettergren M, Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4(2):161–9.
- Mazer M. Witnessed Cardiopulmonary resuscitation: The public's perception. In: Care C, editor. 2004, p. 296.
- Sheng CK, Lim CK, Rashidi A. 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*. 2010;3(4):287–91.
- Kianmehr N, Mofidi M, Rahmani H, Shahin Y. The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: A study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals. *J R Coll Physicians Edinb*. 2010;40(1):4–8.



15. Dwyer TA. Predictors of public support for family presence during cardiopulmonary resuscitation: A population based study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(6):1064–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.004>.
16. Toronto CE, LaRocco SA. Family perception 498 of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2019;28(1–2):32–46.
17. Leung NY, Chow SKY. Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *J Clin Nurs.* 2012;21(13–14):2083–93.
18. Tiscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodríguez-Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation: perspectives of health professionals, patients and family in the Basque Country. *Aten Primaria.* 2019;51(5):269–77. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>.
19. Paplanus LM, Salmund SW, Jadotte YT. A Systematic Review of Family Witnessed Resuscitation and Family Witnessed Invasive Procedures in Adults in Hospital Settings Internationally – Part II: Perspectives of Healthcare Providers. 2018;10(33):2018–294.
20. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation.* 2015;95:302–11.
21. Fullbrook, Paul. Latour, Jos. Albarran, John. de Graaf, Wouter. Lynch, Fiona. Devictor, Denis. Norekval T. The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: the European federation of Critical Care Nursing associations, the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care, the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. *Connect World Crit Care Nurs.* 2007;5(4):86–8.
22. Moons P, Norekval TM. European nursing organizations stand up for family presence during cardiopulmonary resuscitation: A joint position statement. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):136–9.
23. Twibell R, Siela D, Riwtis C, Riegle T, Bousman 523 D, Cable S, et al. Nurses' Perceptions of their Self-Confidence and the Benefits and Risks of Family Presence During Resuscitation. *Am J Crit Care.* 2008;17(2):646–53.
24. Mclean J, Gill FJ, Shields L. Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: Health professionals' confidence and perceptions. *J Clin Nurs.* 2016;25(7–8):1045–52.
25. Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: A replication study. *Int Emerg Nurs.* 2013;21(1):17–25.
26. Sousa VD, Rojjanasirart W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268–74.
27. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Second Ed. Hillsdale, NJ: LEA: Lawrence Erlbaum Associates. 1988. Available from: <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>.
28. Powers K, Reeve CL. Factors associated with nurses' perceptions, self-confidence, and invitations of family presence during resuscitation in the intensive care unit: A cross sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2018;87:103–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.012>.

### Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more [biomedcentral.com/submissions](https://biomedcentral.com/submissions)



#### 6.4. ARTÍCULO 4. «FAMILY PRESENCE DURING INVASIVE PROCEDURES. A PILOT STUDY»

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

Nursing Ethics

## Nursing Ethics

## Family presence during invasive procedures. A pilot Study

Journal:	<i>Nursing Ethics</i>
Manuscript ID:	NE-21-0276
Manuscript Type:	Empirical Paper
Keywords:	Staff Opinion., Family presence during invasive procedures., Ethics, Invasive Procedures, Family Presence
Abstract:	<p>Background: Family presence during invasive procedures generates controversy in healthcare professionals.</p> <p>Objective: Evaluate the FPRB-FPSC tool for invasive procedures and find out the opinions of the medical and nursing staff of the CSG on FPDI.</p> <p>Method: Self-administered, semi-closed, online and paper questionnaire modified from a previous cross-cultural translation. The measurement instruments were the indexes based on 26 and 15 questions. A factor analysis was performed for the validity of the indices and a bivariate analysis for all the variables.</p> <p>Ethical Consideration: Ethical approvals and research permissions were obtained according to national standards.</p> <p>Results: 120 healthcare professionals (22.18%) answered the survey, of whom 77.5% were women. Validation of instruments: Cronbach's <math>\alpha</math> in Family Presence Risk-Benefit scale was 0.877. Cronbach's <math>\alpha</math> in Family Presence Self-Confidence scale was 0.937. The correlation between the Risk Benefit and Self-confidence variables is significant and with a moderate intensity of the relationship (Spearman's rho of 0.58 and alpha &lt; 0.001).</p> <p>A lower predisposition to Family Presence during Invasive Procedures is observed. Doctors are more reluctant than nurses.</p> <p>Conclusions: The FPDI generates controversy since it alters the routines of health professionals when they decide whether to allow it or not. There is a tendency for younger professionals to support FPDI. In general, CSG health professionals, mainly nurses, are not in favour of FPDI. Health workers who perceive fewer risks and more benefits in FPDI and have greater self-confidence are more in favour of FPDI. The psychometric properties and internal consistency of the questionnaire indicate validity and reliability of this tool. More studies with this tool are necessary to confirm the validity and the psychometric results.</p>

SCHOLARONE™  
Manuscripts

<http://mc.manuscriptcentral.com/NE>

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

<http://mc.manuscriptcentral.com/NE>

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

## Family presence during invasive procedures: A Pilot Study.

### ABSTRACT.

**Background:** Family presence during invasive procedures generates controversy in healthcare professionals.

**Objective:** Evaluate the FPRB-FPSC tool for invasive procedures and find out the opinions of the medical and nursing staff of the CSG on FPD.

**Method:** Self-administered, semi-closed, online and paper questionnaire modified from a previous cross-cultural translation. The measurement instruments were the indexes based on 26 and 15 questions. A factor analysis was performed for the validity of the indices and a bivariate analysis for all the variables.

**Ethical Consideration:** Ethical approvals and research permissions were obtained according to national standards.

**Results:** 120 healthcare professionals (22.18%) answered the survey, of whom 77.5% were women. Validation of instruments: Cronbach's  $\alpha$  in Family Presence Risk-Benefit scale was 0.877. Cronbach's  $\alpha$  in Family Presence Self-Confidence scale was 0.937. The correlation between the Risk Benefit and Self-confidence variables is significant and with a moderate intensity of the relationship (Spearman's rho of 0.58 and alpha < 0.001).

A lower predisposition to Family Presence during Invasive Procedures is observed. Doctors are more reluctant than nurses.

### Conclusions:

The FPD generates controversy since it alters the routines of health professionals when they decide whether to allow it or not. There is a tendency for younger professionals to support FPD. In general, CSG health professionals, mainly nurses, are not in favour of FPD. Health workers who perceive fewer risks and more benefits in FPD and have greater self-confidence are more in favour of FPD. The psychometric properties and internal consistency of the questionnaire indicate validity and reliability of this tool. More studies with this tool are necessary to confirm the validity and the psychometric results.

**Keywords:** Ethic, Invasive Procedures, Family presence during invasive procedures, staff 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

## Introduction

The approach to family presence during resuscitation and invasive procedures (FPDRI) has been studied repeatedly, bearing in mind various ethical and legal aspects <sup>(1)</sup>, since it has a direct impact on patients, family members and healthcare providers (HCP). In this sense, different systematic reviews show that, while families opt positively towards FPDRI and perceive it as a right, especially if it occurs in minors <sup>(2-4)</sup>, HCPs present a greater diversity of opinions in this regard based on their experience, their professional training in dealing with critical patients or the institutional policy in which they carry out their work <sup>(3-5)</sup>.

Gender, profession, country of birth, level of education, and years of experience influenced the attitudes, beliefs, and perceptions of HCPs about family presence during acute care procedures. Thus, it is identified that expert nurses manifest a greater predisposition towards FPDRI <sup>(6-9)</sup>. The main reasons that support the presence of family members during resuscitation (FPDR) focus on providing more reassurance and calm to the patient during resuscitation, and that family members receive more information about the situation. On the contrary, the risk that the family would interfere negatively during the procedures or that the visualisation of them would generate greater anguish, were the reasons to justify that this was not present. People with a better economic position, older people, chronic patients or those with serious illnesses are those who offer the greatest support for the FPDR <sup>(10)</sup>.

If we focus on the study of family presence during invasive procedures (FPDI), it is identified that the will to accompany is influenced by the courage and knowledge of the companions, and by the degree of invasiveness of the procedures performed <sup>(11)</sup>. The absence of such accompaniment results in feelings of sadness, despair, helplessness and a feeling of family abandonment experienced by family members <sup>(12)</sup>. In addition, patients' preferences in this regard should be taken into consideration, although there is no direct evidence of reducing their level of anxiety and pain perception during medical or nursing interventions <sup>(13)</sup>.

For their part, doctors may resist FPDI due to concerns related to the training of other HCPs in these critical situations, the medical legal implications, the possibility of reducing the quality of care caused by distractions or alterations to the sterile environment, despite the existence of a limited evidence related to these factors <sup>(14)</sup>. That is why many of these SP indicate the need to develop guidelines, consensual protocols and educational programs that guide clinical practice in these sensitive situations <sup>(7)</sup>.

Curiously, many of the invasive procedures performed on patients at home are witnessed by their relatives; while these, if they are carried out in a hospital environment, imply their exclusion <sup>(15)</sup>. Family presence allows to provide the sick person with emotional care that SP cannot substitute. In SP the comprehensive care of the patient is forgotten and the relatives' desire to remain "by the side" is ignored. In addition, a valuable opportunity to train family members in relation to the care that the patient should receive on their return home is lost <sup>(15)</sup>.

The purpose of this study is to survey the IP through a new instrument translated cross-culturally and modified to learn the opinions, perceptions and experiences of health professionals in relation to Family Presence (FP), for this a pilot study will be used and the effectiveness of the new instrument will be tested.

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

## Methodology

### Study Design

Descriptive quantitative. The questionnaire translated cross-culturally into Spanish by Twibell et al (2008) <sup>(16)</sup> was selected, where the opinions, experiences and perceptions of the medical and nursing staff on resuscitation witnessed by the family were explored. This tool was modified to probe the same parameters, but in relation to Invasive Procedures (IP). In turn, due to the degree of invasiveness of the procedures, they were divided into high, medium or low complexity according to the Guidelines for Performance of Invasive Procedures by Medical Students of Yale University School of Medicine <sup>(17)</sup>. The tool consists of three questionnaires, a socio-demographic one, another one that evaluates Risk-Benefit (FPRB) and the last one that evaluates Self-Confidence (FPSC) of FPD. The scale consists of 22 items with 5 points on the Likert scale and ranges from strongly disagree (1) to strongly agree (5). A high score indicates a high level of perceived benefit from the FPD. The FPSC consists of 15 items on self-confidence, from not being confident (1) to very confident (5). A high score indicates a high level of self-confidence to handle the FPD. Subsequently, a previous pilot test was carried out to evaluate the understanding of the questionnaire questions by 25 members of the health personnel. An item with difficulties for understanding appeared; item 9 and items 29 and 30 were also deleted because they did not proceed in the IP. A Delphi group made up of experts in different subjects was convened and a final draft was reached. (See table 1)

Table 1. Table of amendment questions. Questionnaire for PI.	
FPRB-FPSC for RCP	Convert PI. Modifications.
9.-Family members who witness a failed resuscitation will have a better and healthier grieving process	9.- Family members who witness a failed invasive procedure will have a better understanding of what happened.
29.- I could perform electrical therapies during resuscitation efforts with family members present.	Removed
30.- I could deliver chest compressions during resuscitation efforts with family members present	Removed

### Population, sample and Data Collection.

The 541 professionals who are part of the medical and nursing staff of the CSG were invited via corporate email to participate. There were 344 nurses and 197 doctors.

In the email, they were informed of the characteristics of the study and sent the link to google forms so that they could answer online. It was also administered in paper format, by the different services of the CSG, leaving a box to collect the completed questionnaires. The data collection period was from September 1, 2019 to November 30, 2019.



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

### Data Analysis

For the analysis of the statistical data, the analytical program SPSS for Windows version 26 was used. To analyse the validity of the indices of the two scales, a factor analysis was applied with the maximum likelihood method with varimax rotation. Item-total correlations and Cronbach's alpha were used to analyse the internal reliability of the scale. The calculation of the relationship between the scores of the Profit and Perceived Risk and Self-Confidence scales was calculated with the Spearman r correlation ( $r_s$ ). To determine the relationship between demographic and perceptual variables, non-parametric tests were used given the nature of the variables (ordinal) and the subsample sizes. As follows, statistical tests like the Mann-Whiney U (Z) were used in the case of contrasting the differences between two groups and the Kruskal Wallis Test (similar to ANOVA), for contrasting with more than two groups

### Ethical considerations.

This study is part of a project that was approved by the Clinical Research Ethics Committee (CREC) of the Fundació Unió Catalana d'Hospitals (CEIC15 / 31). Ethical approvals and research permissions were obtained according to national standards, and consent to participate in this study is implicit when answering the questionnaire anonymously, via online (google forms), or on paper.

The author of the original survey, R. Twibell, gave us permission to use, translate and modify the tool according to our needs.

### Results

Of the 120 professionals who responded to the survey, which represents 22.18% of the population of medical and nursing personnel, 77.5% (n = 93) of them were women. 41.7% (n = 50) were between 36 and 46 years old, and only 19.5% (n = 24) were under 35 years of age. 63.3% (n = 76) of participants were nursing professionals and the work units with the most significant number of participants were the acute hospital ward with 33.3% (n = 40); socio-health centre, with 21.7% (n = 26) and the emergency department, with 12.5% (n = 15). Regarding their training, 46.7% (n = 56) were graduates and more than half of the sample, 51.7% (n = 62) included a training speciality. It is relevant that the sample is composed mainly of professionals who work in the acute care, social health and emergency units, so that it can be deduced that the answers obtained are the result of their own experiences, since in their professional areas PI is carried out frequently. (See Table 2).

Questions	Variables	Frec.	%	Questions	Variables	Frec.	%
Gender	Woman	93	77,5	Professional Status	Nurse	76	63,3
	Man	27	22,5		Doctor	42	35
Age (Years)	From 20 to 25	3	2,5	Highest level of education completed	Graduate/Bac	56	46,7
	From 26 to 35	21	17,5		Postgraduate	1	0,8
	From 36 to 45	50	41,7		Master	46	10
	From 46 to 55	26	21,7		Doctorate	12	10
	More than 55	20	16,7		Others	5	4,16
Unit where you work most often	Emergencies	15	12,5	Experience (Years)	Less than one year	4	3,3
	ICU	4	3,3		From 1 to 5	15	12,5
	Social Healthcare	26	21,7		From 6 to 10	12	10
	Acute Hospital	40	33,3		From 11 to 15	24	20
	Residency	2	1,7		from 16 to 20	20	16,7
	External consultation	8	6,7	More than 20	45	37,5	
	Day center/hospital	1	0,8	Professional specialty	YES	62	51,7
Others	24	20	NO		58	48,3	

Table 2. Sociodemographic variables.

Only 45% (n = 54) of the sample had invited a relative to witness an IP carried out on a family member, and of these, only 19.2% (n = 23) had done it more than five times, there is a relationship between the fact that the professional had been previously invited to FPDI with the number of times the professional invited ( $X^2 = 20.80$ ;  $p < 0.001$ ). In general, there is no association between years of experience and the number of times they have allowed the FPDI, highlighting that the majority (41%) of those who have facilitated the FPDI had 11 to 15 years of experience. On the other hand, there is a relationship between those who show greater self-confidence with expressing the desire for FPDI in the Advance Care Planning.

There is a significant difference between the perceptions of the RB (F 3.67,  $p = 0.01$ ) and SC (F 6.31,  $p < 0.001$ ) indices and the opinion of who should decide on the FPDI. The participants who presented a higher confidence index (Mean score: 3.6) considered that the person responsible for making the decision was the patient (44.2%; n = 53) and in contrast, those who presented lower Self-Confidence (Mean score: 2.9) indicated that the doctor (34.2%) was responsible for the invitation. A similar result was obtained with the Risk-Benefit scale. Those participants who associate the invitation to a more significant benefit (Mean score: 3.26), consider that the decision has to be made by the patient; while those who identify a greater risk with the presence of family members (Mean score: 2.89) consider that the doctor is the one who has to invite IP.

The survey questions from 44 to 50 are directly related to personal opinion and experience about the FPDI. Most of the responses report that they would not agree for a family member to be present while they were undergoing an IP, being more reluctant those who work in emergencies. Additionally, it is found that as far as inviting the family is considered, there is no significant difference between genders or work units, but there is a difference between the professions, doctors and nurses, according to the Mann-Whiney U. (See table 3).

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

TABLE 3. Mann-Whitney U	Gender			
	Woman (n=93)	Man (n=27)	Mann-Whitney U (Z)	p value
RB low risk	3,1009	3,141	-0,201	0,841
RB moderate risk	3,0376	3,0926	-0,327	0,744
RB high risk	2,9926	3,0399	-0,091	0,927
Professional Status				
	Nursing (n=76)	Doctors (n=42)	Mann-Whitney U (Z)	p value
RB low risk	3,1847	2,9386	-2,114	0,034*
RB moderate risk	3,1301	2,8709	-2,286	0,022*
RB high risk	3,0653	2,859	-2,005	0,045*
How many times have you invited a family member to be present during a resuscitation?				
	Never (n=66)	Sometimes (n=54)	Mann-Whitney U (Z)	p value
RB low risk	3,021	3,2187	-1,895	0,058
RB moderate risk	2,9569	3,1638	-1,913	0,056
RB high risk	2,9289	3,094	-1,501	0,133
In which unit do you work most often?				
	Emergency/ICU (n=19)	Others (n=101)	Mann-Whitney U (Z)	p value
RB low risk	2,9919	3,1321	-1,007	0,314
RB moderate risk	2,919	3,0746	-1,032	0,302
RB high risk	2,8583	3,0305	-1,205	0,228
Have you ever been present in the room during IP of one of your family members?				
	YES	NO	Mann-Whitney U (Z)	p value
RB low risk	3,1937	3,0414	-1,435	0,151
RB moderate risk	3,146	2,9714	-1,636	0,102
RB high risk	3,0712	2,9476	-1,077	0,282

\* Significance with CN95%.

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

There is a weak significant association between the unit where the people work most often and the Advance Care Planning (ACP). Professionals who believe that the FPDl should be recorded in the ACP are significantly related ( $F = 24.21$ ; mean  $3.13$ ,  $p < 0.001$ ) with the RB index, in all IP and their categories. This means that those professionals who believe that it should be registered in the ACP have an average of  $3.28$ , while those who do not have an average  $2.82$ . In other words, those who consider there is less risk in the presence of family members, are those who believe the patient should decide on the presence of family members.

The same happens with the index of the self-confidence scale ( $F = 18.89$ ; mean  $3.32$ ;  $p < 0.001$ ). Those who show greater self-confidence are more in favour of the decision to invite relatives in the ACP.

#### **Instrument reliability.**

To assess the reliability of the scales, an item-total analysis was performed. When carried out on the Risk-Benefit scale, it was determined that items 3, 5, 12, 13 and 14 presented a low interrelation with the rest of the items on the scale, so they were eliminated from the questionnaire. The Cronbach's alpha value of the scale after removing the five questions is  $0.877$ . When performing the reliability analysis on the Self-Confidence Index scale before the FPDl, all items showed a correlation with the total greater than  $0.5$ , so no item was eliminated, and in this case, Cronbach's alpha was  $0.937$ .

The risk and benefit index in the FPDl has a mean score of  $3.13$  out of  $5$ , with a standard deviation (SD) of  $\pm 0.52$ , while, for self-confidence, it has a mean of  $3.32$  with a SD  $\pm 0.73$ . The range in RB ranges from a minimum score of  $1.71$  to a maximum of  $4.39$  and that of SC is between  $1$  and  $1.48$ .

#### **Relationship measures between variables**

The correlation between the Risk Benefit and Self-confidence variables is significant and with a moderate intensity of the relationship (Spearman's rho of  $0.58$  and  $\alpha < 0.001$ ). In other words, there is a significant relationship although the strength of the association is moderate. In this case, as in the Twibell article, the perception of greater benefit is related to the perception of greater confidence of the professionals.

There is a significant relationship between the profession and the Risk Benefit ( $F = 6.10$ ; mean =  $1.49$ ;  $p = 0.003$ ) and self-confidence ( $F = 10.64$ ; mean =  $3.32$ ;  $p < 0.001$ ) and a greater perception of benefit (mean  $3.48$ ) than the medical group (mean  $2.93$ ), as well as greater self-confidence (mean  $3.48$ ) than doctors (mean  $2.98$ )

There is no association between the RB and SC indices and the variables of gender, workplace, age and professional experience.

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

The results indicate that nursing professionals are more in favour of FPDI than doctors, coinciding with the studies of Sim<sup>(18)</sup> and Al Mutair<sup>(7)</sup>, but contrasting with the research of Abuzeiad<sup>(19)</sup>, in which FPDI is less accepted by nurses than doctors. This study also details the concern on the part of the healthcare team regarding problems of confidentiality and intimacy when allowing FPDI, an aspect that contrasts with Albarran<sup>(20)</sup> where the family members do not allege concerns in this regard.

The FPDI is supported by the professionals as long as the techniques performed are not complex in terms of invasiveness, like in the studies of Al Mutair. In other words, the acceptance of the FPDI is inversely proportional to the complexity of the PI, as in the conclusions of the Rodríguez-Vico<sup>(21)</sup> publication.

In relation to decision-making, in this study, the patient is defined as the person who must decide whether to allow FPDI, while other studies, such as Chapman<sup>(22)</sup> or Hayajneh<sup>(23)</sup> designate the doctor.

The significant predictors in Ellison's<sup>(24)</sup> studies, which are training, speciality, and the work area contrast with this research, where said predictors are not defined. Regarding previous experience, in this study there is a relationship between inviting and being invited although in the literature, the evidence does not confirm it, as detailed in Leung's study.<sup>(25)</sup>

## Conclusions

The FPDI also generates controversy since it alters the routines of health professionals, when considering whether to allow it or not. A trend is observed along with generational change, since younger professionals are more likely to allow FPDI. In general, CSG health professionals are not in favour of FPDI, with nurses being most in favour. Health workers who perceive fewer risks and more benefits in FPDI and have greater self-confidence are more in favour of FPDI. The psychometric properties and internal consistency of the questionnaire indicate high validity and reliability, although it is necessary to replicate this study to guarantee the validity and reliability of the tool.

## Limitations

This study is a pilot test, but it has had a very low response rate (22.18%). The causes are unknown, it may be due to the long length of the questionnaire and its subsequent abandonment or discomfort and disagreement with the subject, for example.

There may be a gender bias, as only 27 men responded to the questionnaire compared to 93 women.

There is no evidence to compare the performance of this tool in other studies.

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

### **Implications for clinical practice**

This scientific article is the first step to explore the subject of FPDI in adults, generating a tool that enables comparison with other evidence, from a health perspective in Spanish language. More studies are needed on FPDI.

### **Acknowledgements**

To all health personnel who have made this study possible. Thank you for your time. To the CSAPG, especially to the training and research departments, for their valuable comments, which made it possible to improve this article and the URV's Martí-Franquès training plan.

### **Conflict of interest.**

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

### **Funding.**

The authors received no financial support for the research, authorship, and /or publication of this article.

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

## REFERENCES

1. de Mingo-Fernández E, Baños-Villalobos J, Jiménez-Herrera M. Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación Cardiopulmonar en España . Reflexiones ético-legales. *Ética los Cuid.* 2019;12(11475):1–6.
2. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT, Viera DL. 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 Database Syst Rev Implement Reports.* 2012;10(32):1883–2017.
3. Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2019;28(1–2):32–46.
4. LaRocco SA, Toronto CE. Clinical Practice Guidelines and Family Presence During Cardiopulmonary Arrest. *West J Nurs Res.* 2019;41(9):1219–21.
5. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT, Viera DL. 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 Libr Syst Rev.* 2012;10(33):2018–294.
6. Youngson MJ, Currey J, Considine J. Family presence during management of acute deterioration: Clinician attitudes, beliefs and perceptions of current practices. *Australas Emerg Nurs J.* 2016;19(3):159–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2016.05.001>
7. Al Mutair A, Plummer V, Paul O'Brien A, Clerehan R. Attitudes of healthcare providers towards family involvement and presence in adult critical care units in Saudi Arabia: A quantitative study. *J Clin Nurs.* 2014;23(5–6):744–55.
8. Sim S-H, Lee E-N. Perception of physicians and nurses on presence of family during invasive procedures. *J Korean Acad Nurs.* 2010;40(3):326–35.
9. Basol R, Ohman K, Simones J, Skillings K. Using Research to Determine Support for a Policy on Family Presence During Resuscitation. *Dimens Crit Care Nurs.* 2009. Sep;28(5):237–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181ac4bf4>
10. Barreto S, Nascimento DG, Oliveira IL, Cavallo E, Saldaña MA, Marcon SS. Posición de personas atendidas en servicio de urgencia sobre la presencia de la familia durante la resucitación. *Rev Cuba enfermeria.* 2018;34. Num 2:1–15.
11. de Mingo Fernández E, Medina Martín G, Jiménez Herrera M. Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions. *Nurs Ethics.* 2020;(Dec):1–11.
12. Youngson MJ, Currey J, Considine J. Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *J Clin Nurs.* 2017;26(21–22):3624–35.
13. İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs.* 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2015.05.008>
14. Beesley SJ, Hopkins RO, Francis L, Chapman D, Johnson J, Johnson N, et al. Let them in:

- 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
- Family presence during intensive care unit procedures. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(7):1155–9.
15. Zomeño Ros G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante; 2015.
  16. Twibell R, Debra Siela, Cheryl Riawitis, Tina Riegle, Denise Bousman, Sandra Cable, Pam Caudill, Sherry Harrigan, Rick Hollars, Doreen Johnson AN. Nurses' Perceptions of their Self-Confidence and the Benefits and Risks of Family Presence During Resuscitation. *Am J Crit Care*. 2008;17(2):646–53.
  17. Yale University School of Medicine. Guidelines for Performance of Invasive Procedures by Medical Students. 2017;2–3.
  18. Cho JL, Lee EN, Sim SH, Lee NY. Comparaison of Physicians and Nurses' Attitudes toward Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. 2013;25(1):41–52.
  19. Abuzeyad FH, Elhobi A, Kamkoum W, Bashmi L, Al-Qasim G, Alqasem L, et al. Healthcare providers' perspectives on family presence during resuscitation in the emergency departments of the Kingdom of Bahrain. *BMC Emerg Med*. 2020;20(1):1–10.
  20. Albarran J, Moule P, Bengier J, McMahon-Parkes K, Lockyer L. Family witnessed resuscitation: The views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the experience of resuscitation survival. *Resuscitation*. 2009;80(9):1070–3.
  21. Rodríguez Vico I, Rodríguez Vico C, Rodríguez Ingelmo JM. Perception of health professionals in the Spanish Health System serving urgent situations in terms of the familiar presence during his performance. *Rev Psicol la Salud*. 2019;7(1):5–21.
  22. Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: A replication study. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(1):17–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.003>
  23. Hayajneh FA. Jordanian professional nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation of adult patients. *Crit Care Nurs Q*. 2013; Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31828414c0>
  24. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *J Emerg Nurs*. 2003;29(6):515–21.
  25. Leung NY, Chow SKY. Attitudes of healthcare staff and patients' family members towards family presence during resuscitation in adult critical care units. *J Clin Nurs*. 2012;21(13–14):2083–93.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

## 7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

En este apartado, se discuten los resultados obtenidos en esta investigación, en relación con la evidencia encontrada, y como guía para este análisis, se utilizará la concreción de los objetivos planteados inicialmente. Esta evidencia, sobre todo en el Estado español, es escasa, y en PI, la mayoría de los estudios encontrados están relacionados con pediatría. En relación con el objetivo general: analizar la opinión de profesionales sanitarios, de los pacientes y de familiares sobre la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos en el CSG, y fruto de una revisión bibliográfica sistemática inicial, se llegó a la conclusión de que la mayoría de los estudios hallados son de muestras pequeñas y limitados geográficamente, incluso este. Dicho esto, lo que sí se puede apreciar es un cambio temporal respecto a los resultados de los estudios encontrados, en donde se ve claramente una mejora de la aceptación de la PFDRI, según evolucionamos en el tiempo, por un lado, porque existe un cambio en la sociedad, empoderando a la familia y al paciente en la toma de decisiones, y esto ha provocado un aumento de los estudios en diferentes países y una mejora en las conclusiones de los mismos en la percepción positiva de los intervinientes en la PFDRI, abogando por el derecho al acompañamiento tanto en PI como en RCP, pero siempre respetando la intimidad y los deseos del paciente. Es curiosa esta evolución, con mayor número de familiares demandando permanecer al lado de su ser querido mientras están siendo sometidos a RCP o PI. Y, por otro lado, desde la perspectiva del personal sanitario, las cifras aumentan en menor proporción a favor de la PFDRI, permitiendo a los familiares acceder a presenciar los procedimientos o técnicas sanitarias de sus seres queridos; hechos que coinciden con los artículos de MacLean (167) y Meghani (129), donde refieren que, con el tiempo, la atención médica y los derechos de pacientes y familias posibilitan una mayor aceptación de la PFDRI.

En relación con el primer objetivo específico: estudiar el contexto ético-legal de la práctica de PFDRI en España, se ha trabajado en el primer artículo íntegramente. Las conclusiones convienen que las leyes y protocolos protegen por igual cuando existe PF, aunque no la tenemos integrada en nuestra práctica habitual. Nuestros profesionales sanitarios se sienten desprovistos de formación para aceptar y tratar a la familia en situaciones estresantes, y también sienten la carencia de guías y protocolos para poder implementar la PFDRI, hecho que coincide con varios estudios (21,55,59,60), que refieren la escasez de políticas establecidas en los hospitales que genera barreras a la hora de permitir la PF. Si bien el hecho de que estas políticas pueden existir o no, no quiere decir que se conozcan, se apliquen o se respeten. Tanto enfermería como medicina han permitido en ocasiones la PFDRI, ya que muchos profesionales han afirmado tener experiencia previa, y la mayoría de estudios no expresan si en el contexto estudiado

existen o no los protocolos relacionados para la PFDRI (67,167,168); y el estudio de Goldberger (169) refiere que la PFDR no difiere en relación a las políticas institucionales.

El segundo objetivo consiste en determinar las actitudes, experiencias y voluntades de los pacientes, atendidos en el CSAPG, y sus familiares, respecto a la PFDRI. Los pacientes y familiares desean estar presentes según el PI. La mayoría de los estudios en el Estado español, sobre todo los que analizan los procedimientos invasivos, están contextualizados en el ámbito de pediatría, pero las conclusiones no se extienden al ámbito de atención en adultos, aunque en un proceso de enfermedad sean vulnerables, tal y como refiere Vincent (170) en su artículo de opinión sobre la extensión de las normas éticas de pediatría a adultos. En este estudio, en que los entrevistados no imaginan una situación hipotética sobre la PF, sino que estos conocimientos de PI de pacientes y familiares van en función de la propia experiencia y del grado de invasividad de la técnica, son factores condicionantes que coinciden con los estudios de Sagué-Bravo (148), en donde el deseo de PFDI es inversamente proporcional al grado de PI, y con el artículo Niemczyk (107), en donde un 29 % de los pacientes y un 27,6 % de los familiares desean la PFDRI. El estudio de Twibell (61), en donde el paciente condiciona su acompañamiento a las características del acompañante y a la posible predicción de sus reacciones, coincide con nuestro segundo artículo, ligando las preferencias de la PFDRI a las características del familiar y su entereza y personalidad.

Numerosos estudios internacionales, como los de Al-Mutair (122), Masa'Deh (113) o en el metaanálisis de Paplanus *et al.* (56), refieren que la percepción general sobre la PFDRI de los familiares y pacientes está considerada un derecho, hecho que contrasta con nuestra investigación, porque los resultados así nos lo reflejan. Existen otros estudios, como el de Niemczyk (107), que coinciden con nuestros resultados, ya que solo el 31,4 % de los familiares lo consideraría un derecho. La mayoría de los familiares y pacientes refiere que «tendría que ser un derecho», mientras que el 68 % del personal sanitario de nuestro estudio refiere que debería aparecer en los documentos de voluntades anticipadas o directrices previstas del paciente, aspecto coincidente con Bradley (171), ya que son ellos los que deberían decidir sobre si quieren o no estar acompañados y escoger la persona que los va a acompañar; por lo tanto, las conclusiones de los estudios no son uniformes sobre la PFDRI desde la perspectiva de familiares y pacientes. Por último, destacar el estudio de Chapman (48), en donde la solicitud de la familia se enumeró como determinante para practicar la PFDRI, hecho que contrasta con este trabajo, donde si no se considera un derecho, la familia no tiene razón para solicitar la PFDRI.

El tercer objetivo se describe con la finalidad de determinar las actitudes y experiencias del personal médico y de enfermería del CSAPG frente a la presencia familiar durante la

RCP y su implementación en la práctica clínica hospitalaria y extrahospitalaria. La aportación que podemos hacer con el tercer estudio es la de una herramienta que permitirá ser utilizada en posteriores investigaciones, en idioma castellano, de manera que así se abre la puerta a realizar más estudios que puedan posibilitar una comparativa entre países de lengua común, tras adaptaciones culturales del instrumento o en estudios comparativos dentro de nuestro país.

Por otro lado, en los resultados del tercer estudio se aprecia un desconocimiento del personal sanitario sobre la PFDR, ya que este no tiene información sobre este tema, tanto por falta de planteamientos al respecto como por falta de guías y protocolos, resultando un aspecto novedoso en la atención al paciente; hecho coincidente con autores como Havugitanga (137), en donde el personal sanitario en ningún momento se planteó la PFDR. Al realizar el estudio, por un lado, se provoca el planteamiento de la idea de PFDR, y, por otro lado, obtenemos una visión actualizada de los profesionales sanitarios sobre este tema. Como asegura la evidencia encontrada, la percepción de la PFDR es muy controvertida en el marco asistencial y por parte del personal sanitario, influyendo la escasez de formación recibida y las experiencias vividas al respecto en el ámbito profesional, como también aseguran los artículos de Achury (63) y Sak-Dankosky (172), aspecto coincidente que emerge en los resultados obtenidos del análisis de los datos y que está reflejado en el tercer artículo de esta tesis.

Resaltar que los profesionales de enfermería están más a favor que los de medicina en relación a la PFDR, factor coincidente con Wacht (47), Cho (117) y Omran (128), pero que contrasta con otros estudios como el de Kianmehr (124), o no se encontraron diferencias significativas, como en el estudio de Mahabir (173).

Los resultados de esta investigación coinciden con la evidencia encontrada por la que se considera positivo que se ofrezca la posibilidad de que hubiera una persona, el facilitador familiar (FF), que durante el PI o la RCP estuviera explicando en todo momento el procedimiento al familiar. Este profesional podría ser cualquier miembro del equipo, que estaría informando al familiar, dando explicaciones teniendo en cuenta el estado emocional de este, como así apuntan autores como Twibell *et al.* (61), Barreto (168) o Mureau (89). Este último describe el proceso de capacitación con un plan de formación para instruir y adiestrar a los FF en el proceso de PFDRI; o Pater (174), que resalta las competencias que deberían tener los capellanes cuando realizan tareas de acompañamiento.

Por último, y cuarto objetivo, que consiste en determinar las actitudes y experiencias del personal de enfermería y medicina del CSG frente a la presencia familiar durante procedimientos invasivos, se utilizó la herramienta FPRB-FPSC adaptada a los PI en una

prueba piloto, y que originó el cuarto artículo, en donde se considera que el personal de enfermería está más a favor que el personal médico de permitir la PFDI; factor coincidente con los estudios de Waldemar (110) o Sim (118), aunque en los resultados de este último resaltan factores condicionantes como la confidencialidad, los problemas legales o las discusiones del equipo médico, factores que también coinciden con este estudio, que resalta el derecho a la privacidad del paciente mientras se está realizando un PI. Es curioso que el estudio de Albarrán (175) afirme que ni los pacientes ni los familiares están preocupados por temas de confidencialidad al querer ser acompañados o acompañar durante RCP o PI, aunque no hubiera significación estadística asociada. Baumhover (66) relaciona la mayor predisposición del personal de enfermería en relación con el de medicina a permitir la PFDI con la formación de las enfermeras y la dispensación de unos cuidados fundados en una atención integral, haciendo participe a la familia en los cuidados del paciente.

Este cuarto estudio también coincide con resultados del segundo artículo en relación con el grado de invasividad del PI, pero desde la perspectiva del personal sanitario, en donde a mayor invasividad menor deseo de PF. factor coincidente con el estudio de Rodríguez-Vico (102) o el de Al Mutair (46), en donde se acepta a la familia para los procedimientos rutinarios del cuidado del paciente, pero no para la PFDRI.

En síntesis, en el análisis de la literatura se presentan factores condicionantes tanto a favor como en contra, y depende mucho del contexto sociocultural y religioso donde se realiza dicha investigación, como así confirman las evidencias (58,176).

Se puede afirmar que, en su conjunto e independientemente de la perspectiva con la que se mire, la PFDRI es poco frecuente y existen lagunas a muchos niveles como, por ejemplo, políticas específicas para potenciar la PF, guías y protocolos para poder implementarla. De todos modos, no podemos obviar que, aunque la mayoría de pacientes y familiares están a favor de la PFDRI, se presentan una serie de condicionantes como pueden ser: el grado de invasividad del PI, la decisión del paciente de si quiere o no estar acompañado y de escoger la persona que le va a acompañar (176). Estos condicionantes deberían recogerse a la hora de implementar programas de PFDRI. En cuanto al personal sanitario, pocas veces se plantean el tema, dejándose llevar por una actitud tradicional y paternalista. En general, es un tema actual y muy controvertido, tanto por los efectos de la pandemia del SARS-CoV-2, de manera que ha sensibilizado a la sociedad respecto al acompañamiento, como por la necesidad de cambio, tanto de protocolos como de actitudes y opiniones de todos los intervinientes en los PI o RCP.

## 8. LIMITACIONES

---



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

En estos estudios, nos hemos encontrado con varias dificultades y limitaciones que podrían producir sesgos en la investigación, y, aparte de las propias de cada estudio detalladas en los artículos, se añaden las siguientes:

- Dificultad para obtener los permisos necesarios para poder llevar a cabo los estudios relacionados con las entrevistas a pacientes y familiares, ya que el tema explorado genera posiciones encontradas y en muchas ocasiones no nos permitió avanzar en base al cronograma previsto en un inicio.
- Los dos cuestionarios se pasaron con pocos meses de diferencia entre ellos y esto produjo confusión al personal sanitario, ya que muchas personas pensaron que era un recordatorio del primero. Se envió un correo corporativo para informar de que las encuestas eran diferentes, y que las dos, aunque presentaban la misma estructura, preguntaban por temas distintos, aunque exploraban las mismas realidades subyacentes: autoconfianza y riesgo-beneficio.
- Hubo una baja respuesta de los sanitarios a los dos cuestionarios; el motivo no se ha podido saber. Consideramos que factores como la falta de tiempo, la extensión del cuestionario, preguntas que requerían una reflexión amplia o simplemente el no estar de acuerdo con la PFDRI han podido generar un sesgo en el momento de extraer conclusiones generalizadas sobre el tema.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

## 9. CONCLUSIONES

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

A continuación, se detallan las conclusiones en relación con los objetivos planteados en los estudios incluidos en esta tesis:

### **Estudio 1. «Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar en España. Reflexiones ético-legales»**

La PFDRI debería ser una opción a tener en cuenta, ya que tanto las guías y protocolos como las leyes actuales nos protegen adecuadamente. Es importante que los registros sanitarios sean de calidad, siendo la responsabilidad por parte del denunciante el aportar las pruebas sobre la actuación sanitaria. Por lo tanto, si se siguen los protocolos en reanimación y procedimientos invasivos, se posibilitaría un cambio de óptica sobre la presencia familiar durante reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos.

### **Estudio 2. «Family witnessed resuscitation and invasive procedures: Patient and family opinions»**

La percepción de pacientes y familia respecto a la PFDRI es claramente a favor, siempre con condicionantes relacionados con el valor para soportar escenas cruentas como sangre, tubos, caos, etc. La visión de los pacientes y familiares podría ayudar al desarrollo e implementación de políticas sanitarias que apoyen la PF, respetando así los principios bioéticos, y generando a la vez la consideración de los familiares y pacientes sobre la posibilidad de acompañar a sus seres queridos mientras se les realizan pruebas, tratamientos o procedimientos, ya que la vulnerabilidad de la persona se hace evidente cuando ha perdido su salud, tanto en el ámbito pediátrico como en adultos.

La PF, en nuestra sociedad, no se considera un derecho y es una práctica inusual. Cada caso se ha de evaluar de forma independiente. Para poder considerar la PF es necesario tener una persona del equipo sanitario que acompañe tanto física como emocionalmente al familiar mientras presencia procedimientos invasivos a su ser querido. Este miembro del equipo es necesario para evitar malentendidos, dar información sanitaria y solicitar información o decisiones del familiar que presencia los procedimientos.

### **Estudio 3. «Family presence during invasive procedures: adaptation and validation of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument»**

Es responsabilidad del equipo sanitario y de las instituciones realizar modificaciones en su atención profesional para respetar los deseos de los pacientes y familiares, siempre que sea posible. El cuidado no solo no está protocolizado, sino que depende de los conocimientos, experiencias y opiniones del personal de medicina y enfermería, de manera que unas líneas claras en cuanto a políticas sanitarias serían de gran ayuda para permitir la PFDRI. Con este estudio, se ha podido traducir al español una escala utilizada para saber las percepciones de personal de medicina y enfermería sobre la presencia

familiar, la autoconfianza y el riesgo-beneficio, de manera que se podría utilizar en otros estudios en idioma español, adaptándolo transculturalmente si es necesario. Esto posibilitaría una comparativa entre diferentes contextos y estudios.

#### **Estudio 4. «Family presence during invasive procedures. A pilot study»**

Es necesario que los profesionales de la salud evolucionen y consideren al paciente y a la familia como integrantes del equipo de salud, de manera que puedan empoderarse y estar capacitados para participar en las decisiones en todo momento de su proceso salud-enfermedad, y por este motivo la PFDRI es una pieza clave en esta aceptación. Los PI son el primer eslabón para ir construyendo una cultura de cuidados en donde la familia participe. La formación de los profesionales sobre la PFDRI es necesaria para poder diseñar guías y protocolos. Esta formación tendría que ir encaminada a las actuaciones de los sanitarios en los diferentes procedimientos, de manera que se pudiera explicar a la familia del paciente qué se está haciendo, qué pretendemos conseguir, y ser empáticos para poder también dar apoyo emocional a la persona que está acompañando a su ser querido.

Por todo lo expuesto, y en relación con el objetivo principal de este estudio: analizar la opinión de profesionales sanitarios, de los pacientes y de familiares sobre la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos en el CSG, se puede afirmar que, en general, esta investigación presenta una herramienta para poder medir la PF en diferentes contextos, tanto en RCP como en PI desde el punto de vista del personal sanitario, y ha planteado el tema al personal sanitario, a los familiares y pacientes, invitando a la reflexión y posibilitando generar expectativas al respecto.

Para poder aumentar la calidad de los cuidados sanitarios y respetar los principios de la bioética, son necesarias nuevas investigaciones sobre la PFDRI, en diferentes contextos, con diferentes perspectivas, y también sobre las consecuencias de la PFDRI a lo largo del tiempo y no solo en las percepciones de los intervinientes en el momento de producirse los eventos.

# 10. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

---



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

Con esta nueva herramienta se posibilita abrir líneas de investigación futura, tanto en la utilización de la herramienta como en el uso de los resultados de esta investigación.

En cuanto al uso de la herramienta, una propuesta inicial sería poder utilizar la traducción transcultural de PFDR para analizar la realidad en nuestro país, ampliando el tamaño de la muestra, utilizando como vector de difusión del estudio, los colegios profesionales y dirigirla al personal de medicina y enfermería, de Catalunya y, por qué no, a nivel español.

Actualmente, se están produciendo contactos entre varios autores sobre PFDRI para realizar un estudio a nivel internacional. El estado de estas conversaciones está en la fase inicial para recabar información sobre si esta posibilidad podría ser real.

En relación a la usabilidad de los resultados, estos nos pueden orientar para diseñar políticas que posteriormente posibiliten la creación de guías y protocolos personalizados, que se puedan adaptar a nuestro contexto cultural, en relación con la presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar.

Las líneas de investigación futura se tendrían que diseñar en base a la planificación, implementación y evaluación de esta guía, de manera que las pautas dirigidas a implementar la PFDRI desarrollen una atención centrada en el paciente y la familia. También es necesario investigaciones que midan en el tiempo las consecuencias y el impacto de la PFDRI, desde las diferentes perspectivas de los intervinientes en esta práctica.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

# 11. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL

Eva María De Mingo Fernández

### 11.1. Seminarios/cursos

2016.- URV – IX Seminari Internacional d'Investigació en Infermeria. Tarragona, 15 de diciembre de 2016.

Ponente en una mesa redonda: «Experiències de Doctorats en Infermeria», con la presentación de «Presència de familiars en reanimació cardiopulmonar i procediments invasius».

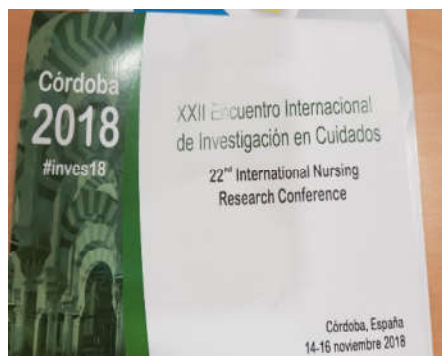
2019.- XII Seminari d'Investigació i II Workshop del Programa de Doctorat en Infermeria i Salut de la URV.

13 y 14 de noviembre de 2019. Ponencia en «Tesis en les línies de recerca “Bioètica, Educació per a la Salut i Ètica Professional” y “Biomedicina, Epidemiologia i Pràctica Avançada”».

### 11.2. Comunicaciones orales

2018.- XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados.

Córdoba, 14 al 16 de noviembre de 2018.



Exposición oral sobre conclusiones de  
«presencia familiar durante procedimientos  
invasivos y reanimación cardiopulmonar.  
Opinión de pacientes y familiares»

Figura 11. Fotografía y tema exposición oral XXII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Córdoba

## 2019.- XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados.

Barcelona, 20 al 22 de noviembre de 2019.



Exposición oral sobre conclusiones de «presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar. Opinión de pacientes y familiares»

Figura 12. Fotografía y tema XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, Barcelona

### 11.3. Pósteres

#### Congreso Mundial de Enfermería

Barcelona, 27 de mayo al 1 de junio de 2017. Exposición de dos pósteres:

- 1) Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación. Revisión
- 2) Opiniones y experiencias de familiares en presencia familiar durante reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos



Figura 13. Fotografía exposición 2 pósteres

## BIBLIOGRAFÍA

---



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

1. Domínguez-Alcón C, Kohlen H, Tronto J. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Ediciones San Juan de Dios. Campus Docent; 2018.
2. Molinier P, Legarreta M. Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Pap CEIC*. 2016; 2016(1): 1-14. DOI 10.1387/pceic.15319.
3. Medina-Vicent M. La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon*. 2016; 0507(67): 83-98. DOI 10.6018/199701.
4. García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioeth*. 2015; 21(2): 311-7.
5. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, Universitat de Vic. Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Catalunya [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2014 [acceso 14 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/codi-etica.html>.
6. Organización Mundial de la Salud. 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Ginebra: OMS; 2016. Número de documento A69/39. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/253079>.
7. Rubio-González B, Gálvez-Puerma L, Ramírez-González Á, Amezcuca M. 12 gestos para un cuidado humanizado en el entorno hospitalario. *Rev Etica Cuid* [Internet]. 2018; 11: e12066. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e12066>.
8. Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Enferm Intensiva*. 2017; 28(4): 144-59. DOI 10.1016/j.enfi.2017.01.002.
9. Lucas Imbernon FJ, Galán Traba MA, Roldán Ortega R. La actividad asistencial en urgencias hospitalarias genera conflictos éticos a sus profesionales. *Emergencias*. 2011; 23(4): 283-92.
10. Tíscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodríguez-Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*. 2019; 51(5): 269-77. DOI 10.1016/j.aprim.2017.12.002.

11. Pérez-Fernández MC, Najarro-Infante FR, Dulce García MA, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Rev Páginasenferurg* [Internet]. 2009; 1(03): 15-20. Disponible en:  
<http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/septiembre/comunicacion.pdf>.
12. 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*, n.º 274 (17-11-2002).
13. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29 Supl 3: 7-17.
14. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado hacia un enfoque integrador. *An Sist Sanit*. 2016; 39(6): 319-22.
15. Meneses-Gomes A, Kay-Nations, Socorro-Costa, M. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Rev Salud Publica*. 2009; 11(5): 754-65.
16. Brevis, I. Silva P. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev Chil Med Intensiva*. 2011; 26(1): 27-34.
17. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2006; 31(6): 318-25. DOI 10.1016/S0210-5691(07)74830-1.
18. Canga-Armayor A, Canga-Armayor AD, García-Vivar C. Enfoque sistémico familiar: necesidad de formación para los profesionales de la salud. En: González AM, Arregui P, Montoro C, coordinadores. *Familia y sociedad en el siglo XXI*. Madrid: Dykinson; 2016. p. 95-102.
19. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: An option. *Ann Emerg Med*. 1987; 16(6): 673-5. DOI 10.1016/s0196-0644(87)80069-0.
20. Mahabir D, Sammy I. Attitudes of ED staff to the presence of family during cardiopulmonary resuscitation: a Trinidad and Tobago perspective. *Emerg Med J*. 2012; 29(10): 817-20. DOI 10.1136/emermed-2011-200742.
21. Mentzelopoulos SD, Bossaert L, Raffay V, Askitopoulou H, Perkins GD, Greif R et al. A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries. *Resuscitation*. 2016; 100: 11-17. DOI 10.1016/j.resuscitation.2015.12.010
22. Twibell R, Siela D, Riwitis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs*. 2017; 27(1-2): 320-34. DOI 10.1111/jocn.13948.

23. Rzorica P, Rudnicka-Drozak E, Rybojad B, Panczyk M, Gotlib J, Galazkowski R. Should the family witness cardiopulmonary resuscitation? Perceptions of health professionals in Poland. *Kardiol Pol.* 2018; 76(5): 923-5.
24. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología , salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino-Am Enferm* 2010; 18(3): 177-85. DOI 10.1590/S0104-11692010000300023.
25. Magdalena BDF, Tarrio IC, Vivanco IA, Corres NP, Martín FJG, Goitia AA et al. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias.* 2006; 18(3): 135-40.
26. Twibell RS, Siela D, Riwitis C, Riegle T, Bousman D, Cable S et al. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care.* 2008; 17(2): 101-11. Citado en PubMed PMID 18310646.
27. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2013; 368(11): 1008-18. DOI 10.1056/NEJMoa1203366.
28. Snoby P. Practice alert: Family presence during CPR and invasive procedures. *J Radiol Nurs.* 2005; 24(3): 49-51. DOI 10.1016/j.jradnu.2005.08.003.
29. Holzhauser K, Finucane J. Staff attitudes to family presence during resuscitation. Part A: An interventional study. *Australas Emerg Nurs J.* 2007; 10(3): 124-33.
30. Holzhauser K, Finucane J. Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to Family Presence during resuscitation. *Australas Emerg Nurs J.* 2008; 11(3): 114-22.
31. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *J Emerg Nurs.* 2003; 29(6): 515-21. DOI 10.1016/j.jen.2003.10.001.
32. Bremer A, Dahlberg K, Sandman L. To survive out-of-hospital cardiac arrest: a search for meaning and coherence. *Qual Health Res.* 2009; 19(3): 323-38. DOI 10.1177/1049732309331866.
33. Silva dall'Orso M, Jara Concha P. Presencia familiar durante la reanimación: mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm.* 2012; 18(3): 83-99. DOI 10.4067/S0717-95532012000300009.
34. 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(2): 69-74. DOI 10.1016/j.iennj.2013.07.001.
35. Feagan LM, Fisher NJ. The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation. *J Emerg Nurs.* 2011; 37(3): 231-9. DOI 10.1016/j.jen.2010.02.023.

36. Doolin CT, Quinn LD, Bryant LG, Lyons AA, Kleinpell RM. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *J Am Acad Nurse Pract.* 2011; 23(1): 8-14. DOI 10.1111/j.1745-7599.2010.00569.x.
37. Lederman Z. Family presence during Cardiopulmonary Resuscitation in the Covid-19 Era. *Resuscitation.* 2020; 151: 137-8. DOI 10.1016/j.resuscitation.2020.04.028.
38. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm Glob.* 2011; 10(24): 103-9. DOI 10.4321/S1695-61412011000400009.
39. Tudor BK, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care.* 2014; 23(6): e88-96. DOI 10.4037/ajcc2014484.
40. Lederman Z, Wacht O. Family presence during resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven hospital staff. *Yale J Biol Med.* 2014; 87(1): 63-72. Citado en PubMed PMID 24600337.
41. Lowry E. "It's just what we do": A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *J Emerg Nurs.* 2012; 38(4): 329-34. DOI 10.1590/S1980-220X2018001303435.
42. Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals' reasons to invite or not invite Family Witnessed Resuscitation: A qualitative perspective. *Int Emerg Nurs.* 2014; 22(1): 18-24. DOI 10.1016/j.ienj.2013.03.008.
43. Dougal RL, Anderson JH, Reavy K, Shirazi CC. Family presence during resuscitation and/or invasive procedures in the emergency department: one size does not fit all. *J Emerg Nurs.* 2011; 37(2): 152-7. DOI 10.1016/j.jen.2010.02.016.
44. Oman KS, Duran CR. Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *J Emerg Nurs.* 2010; 36(6): 524-33.
45. Sheng CK, Lim CK, Rashidi A. 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.* 2010; 3(4): 287-91. DOI 10.1007/s12245-010-0218-4.
46. Al Mutair A, Plummer V, Paul O'Brien A, Clerchan R. Attitudes of healthcare providers towards family involvement and presence in adult critical care units in Saudi Arabia: A quantitative study. *J Clin Nurs.* 2014; 23(5-6): 744-55. DOI 10.1111/jocn.12520.
47. Wacht O, Dopelt K, Snir Y, Davidovitch N. Attitudes of emergency Department staff toward family presence during resuscitation. *Isr Med Assoc J.* 2010; 12(6): 366-70. Citado en PubMed PMID 20928992.

48. Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Assessing health professionals' perceptions of family presence during resuscitation: A replication study. *Int Emerg Nurs.* 2013; 21(1): 17-25. DOI 10.1016/j.ienj.2011.10.003.
49. Vavarouta A, Xanthos T, Papadimitriou L, Kouskouni E, Iacovidou N. Family presence during resuscitation and invasive procedures: Physicians' and nurses' attitudes working in pediatric departments in Greece. *Resuscitation.* 2011; 82(6): 713-6. DOI 10.1016/j.resuscitation.2011.02.011.
50. Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, Borron SW, Belpomme V, Jacob L et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-Year assessment. *Intensive Care Med.* 2014; 40(7): 981-7. DOI 10.1007/s00134-014-3337-1.
51. Meng-Kuan L, Aritejo BA, Tang JS, Chen CL, Chuang CC. Predicting medical professionals' intention to allow family presence during resuscitation: A cross sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2017; 70: 11-6. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.007.
52. Nykiel L, Denicke R, Schneider R, Jett K, Denicke S, Kunish K et al. Evidence-based practice and family presence: paving the path for bedside nurse scientists. *J Emerg Nurs.* 2011; 37(1): 9-16. DOI 10.1016/j.jen.2010.01.010.
53. Keller L. The advantages of family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Carle Sel Pap.* 2011; 54(2): 17-21.
54. Giles TM. Family presence during resuscitation. A constructivist grounded theory [tesis doctoral]. Adelaide (Australia): Flinders University; 2015.
55. Puigblanqué Reyes E. Evaluación de proveedores de cuidados de salud ante la presencia de la familia durante la reanimación. *Enferm Clin.* 2011; 21(4): 227-9. DOI 10.1016/j.enfcli.2011.05.001.
56. Paplanus LM, Salmond SW, Jadotte YT, Viera DL. 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 Libr Syst Rev.* 2012; 10(32): 1883-2017. DOI 10.11124/01938924-201210320-00001.
57. Lederman Z. La presencia familiar durante la resucitación médica tal como aparece en las series televisivas de gran audiencia: House, Grey's Anatomy, *Medic. Ética y Cine Journal.* 2008; 2(17): 39-46.
58. Vanhoy MA, Horigan A, Stapleton SJ, Valdez AM, Bradford JY, Killian M et al. Clinical practice guideline: family presence. *J Emerg Nurs.* 2019; 45(1): 76.e1-76.e29. DOI 10.1016/j.jen.2018.11.012.
59. Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2019; 28(1-2): 32-46. DOI 10.1111/jocn.14649.

60. LaRocco SA, Toronto CE. Clinical Practice Guidelines and Family Presence During Cardiopulmonary Arrest. *West J Nurs Res.* 2019; 41(9): 1219-21. DOI 10.1177/0193945919845649.
61. Twibell RS, Craig S, Siela D, Simmonds S, Thomas C. Being there: inpatients' perceptions of FPDRI. *Am J Crit Care.* 2015; 24(6): 108-16. DOI 10.4037/ajcc2015470.
62. Benjamin M, Holger J, Carr M. Personal preferences regarding family member presence during resuscitation. *Acad Emerg Med.* 2004; 11(7): 750-3. DOI 10.1197/j.aem.2004.01.008.
63. Achury Saldaña DM, Arango OJ, García Laverde G, Herrera Zerrate N. Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar. *Inv Enf.* 2012; 14(1): 77-92.
64. Vaz J, Alves R, Ramos V. Ventajas de la presencia de la familia en la reanimación pediátrica o en procedimientos dolorosos. *Enferm Global.* 2016; 15(41): 375-86. DOI 10.6018/eglobal.15.1.216951.
65. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva.* 2010; 34(8): 534-49. DOI 10.1016/j.medin.2010.04.013.
66. Baumhover N, Hughes L. Spirituality and support for family presence during invasive procedures and resuscitations in adults. *Am J Crit Care.* 2009; 18(4): 357-66. DOI 10.4037/ajcc2009759.
67. García-Piña FJ. Presencia de los Familiares durante la Reanimación Cardiopulmonar. Revisión Integrativa de la Literatura. Repos Univ Ciencias Apl y Ambient Fac Ciencias la Salud Programa Enfermería Bogotá DC [tesis doctoral]. 2019. Disponible en:  
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1693/1/205553.pdf>
68. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(4): 715-22.
69. Hidalgo-Fabrellas I, Vélez-Pérez Y, Pueyo-Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007; 18(3): 106-14.
70. Mortelmans LJ, Van Broeckhoven V, Van Boxstael S, De Cauwer HG, Verfaillie L, Van Hellemond PLA et al. Patient's and relatives' view on witnessed resuscitation in the emergency department: a prospective study. *Eur J Emerg Med.* 2010; 17(4): 203-7. DOI 10.1097/mej.0b013e328331477e.
71. McMahon-Parkes K, Moule P, Bengner J, Albarran JW. The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients towards family-witnessed resuscitation: A qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(2): 220-9. Citado en PubMed PMID 19891073.

72. 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(1): 28-36. DOI 10.1016/j.anpedi.2011.11.022.
73. Zali M, Hassankhani H, Powers KA, Dadashzadeh A, Rajaei Ghafouri R. Family presence during resuscitation: A descriptive study with Iranian nurses and patients' family members. *Int Emerg Nurs.* 2017; 34: 11-6. DOI 10.1016/j.ienj.2017.05.001.
74. Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *Int Emerg Nurs.* 2013; 21(1): 26-34. DOI 10.1016/j.ienj.2012.04.002.
75. Cox B, AACN Practice Department Editors. AJCC Patient Care Page. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. *Am J Crit Care.* 2007; 16(3): 283. Citado en PubMed PMID 17460321.
76. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation.* 2015; 95: 302-11. DOI 10.1016/j.resuscitation.2015.07.033.
77. Fullbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Lynch F, Devictor D, Norekvål T. 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. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6(4): 255-8. DOI 10.1016/j.ejcnurse.2007.07.003.
78. Sánchez-Merchante M M-HE. Recomendaciones éticas en la Reanimación Cardio-Pulmonar. Recomendaciones ILCOR 2015. *Rev Elect Anestesiari.* 2016; 8(7): 6. DOI 10.30445/rear.v8i7.122.
79. Al-Daken L, Rayan A, Snieneh HA-, Al-Dweik G, Atoum M, Katib A et al. Policy Development: Family Presence during Resuscitation (FPDR) Procedure. *Internatnional J Nurs Heal Sci.* 2017; 4(2): 22-30.
80. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *J Adv Nurs.* 2014; 70(5): 957-74. DOI 10.1111/jan.12276.
81. Zavotsky KE, McCoy J, Bell G, Haussman K, Joiner J, Marcoux KK et al. Resuscitation team perceptions of family presence during CPR. *Adv Emerg Nurs J.* 2014; 36(4): 325-34.



82. Pankov R, Chang K, Thorlton J, Spitzer T. Implemented family presence protocols: integrative review. *J Nurs Care Qual.* 2013; 28(3): 281-8. DOI 10.1097/NCQ.0b013e31827a472a.
83. Powers KA. Educational Interventions to Improve Support for Family Presence during Resuscitation: A Systematic Review of the Literature. *Dimens Crit Care Nurs.* 2017; 36(2): 125-38. DOI 10.1097/DCC.0000000000000228.
84. Powers KA. Barriers to family presence during resuscitation and strategies for improving nurses' invitation to families. *Appl Nurs Res.* 2017; 38: 22-8. DOI 10.1016/j.apnr.2017.08.007.
85. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH. Why don't physicians follow a framework for improvement. *JAMA.* 1999; 282(15): 1458-65. DOI 10.1001/jama.282.15.1458.
86. Barth JH, Misra S, Aakre KM, Langlois MR, Watine J, Twomey PJ et al. Why are clinical practice guidelines not followed? *Clin Chem Lab Med.* 2016; 54(7): 1133-9. DOI 10.1515/cclm-2015-0871.
87. 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. *Nurse Educ Today.* 2013; 33(10): 1258-63. DOI 10.1016/j.nedt.2012.08.009.
88. Powers KA, Candela L. Family presence during resuscitation: Impact of online learning on nurses' perception and self-confidence. *Am J Crit Care.* 2016; 25(4): 302-9. DOI 10.4037/ajcc2016814.
89. Mureau-Haines RM, Boes-Rossi M, Casperson SC, Çoruh B, Furth AM, Haverland A et al. Family support during resuscitation: a quality improvement initiative. *Crit Care Nurse.* 2020; 37(6): 14-23. DOI 10.4037/ccn2017347.
90. Siurana-Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas [Internet].* 2010; 22: 121-57. DOI 10.4067/S0718-92732010000100006.
91. Feeg VD, Paraszczuk AM, Çavuşoğlu H, Shields L, Pars H, Al Mamun A. How is Family Centered Care Perceived by Healthcare Providers from Different Countries? An International Comparison Study. *J Pediatr Nurs.* 2016; 31(3): 267-76. DOI 10.1016/j.pedn.2015.11.007.
92. Othman EH, Al Omar S, Abualruz H, Safadi R. An Islamic cultural perspective of family presence during resuscitation. *Resuscitation [Internet].* 2020; 151: 75-6. DOI 10.1016/j.resuscitation.2020.04.007.
93. Bray I, Kenny G, Pontin D, Williams R, Albarran J. Family presence during resuscitation: Validation of the risk-benefit and self-confidence scales for student nurses. *J Res Nurs.* 2016; 21(4). DOI 10.1111/jocn.14649.

94. Fiori M, Endacott R, Latour JM. Exploring patients' and healthcare professionals' experiences of patient-witnessed resuscitation: A qualitative study protocol. *J Adv Nurs*. 2019; 75(1): 205-14. DOI 10.1111/jan.13824.
95. Madden E, Condon C. Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR. *J Emerg Nurs*. 2007; 33(5): 433-40. DOI 10.1016/j.jen.2007.06.024.
96. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*. 1998; 352(9128): 614-7. DOI 10.1016/s0140-6736(97)12179-1.
97. Pérez Alonso V, Gómez Sáez F, González-Granado LI, Rojo Conejo P. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes? *An Pediatría*. 2009 Mar; 70(3): 230-4. DOI 10.1016/j.anpedi.2008.10.017.
98. Angel Solà J, Sagué Bravo S, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. ¿Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? *An Pediatría*. 2015; 82(1): 6-11. DOI 10.1016/j.anpedi.2014.02.004.
99. Corniero P, Gamell A, Parra Cotanda C, Trenchs V, Cubells CL. Family Presence During Invasive Procedures at the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2011; 27(2): 86-91. DOI 10.1097/PEC.0b013e3182094329.
100. Gamell Fullà A, Corniero 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(4): 243-9. DOI 10.1016/j.anpedi.2009.11.014.
101. González Granado LI, Gómez Sáez F, Pérez Alonso V, Rojo Conejo P. Presencia familiar durante los procedimientos invasivos en urgencias de pediatría: Opinión de los profesionales. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66(5): 225-8.
102. Rodríguez Vico I, Rodríguez Vico C, Rodríguez Ingelmo JM. Perception of health professionals in the Spanish Health System serving urgent situations in terms of the familiar presence during his performance. *Rev Psicol la Salud*. 2019; 7(1): 5-21.
103. Alireza ZF, Ali AJ, Tayebbeh NB. Comparison the effect of trained and untrained family presence on their anxiety during invasive procedures in an emergency department: A randomized controlled trial. *Turk J Emerg Med*. 2019; 19(3): 100-5. DOI 10.1016/j.tjem.2019.05.001.
104. Güneş ÜY, Zaybak A. A study of Turkish critical care nurses' perspectives regarding family-witnessed resuscitation. *J Clin Nurs*. 2009; 18(20): 2907-15. DOI 10.1111/j.1365-2702.2009.02826.x.
105. İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *Int Emerg Nurs*. 2016; 24: 39-45. DOI 10.1016/j.ienj.2015.05.008.

106. Gutysz-Wojnicka A, Ozga D, Dyk D, Mędrzycka-Dąbrowska W, Wojtaszek M, Albarran J. Family presence during resuscitation - The experiences and views of Polish nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018; 46: 44-50. DOI 10.1016/j.iccn.2018.02.002.
107. Niemczyk E, Ozga D, Przybylski A. Experiences and opinions of patients and their relatives to family presence during adult resuscitation in poland: Quantitative research. *Patient Prefer Adherence.* 2020; 14: 227-34. DOI 10.2147/PPA.S229618.
108. Köberich S, Kaltwasser A, Rothaug O, Albarran J. Family witnessed resuscitation - experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nurs Crit Care.* 2010; 15(5): 241-50. DOI 10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x.
109. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs.* 2012; 20(4): 193-200. DOI 10.1016/j.ienj.2012.08.003.
110. Waldemar A, Thylen I. Healthcare professionals' experiences and attitudes towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs.* 2019; 42: 36-43. DOI 10.1016/j.ienj.2018.05.009.
111. Weslien M, Nilstun T, Lundqvist A, Fridlund B. Narratives about resuscitation - Family members differ about presence. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006; 5(1): 68-74. DOI 10.1016/j.ejcnurse.2005.08.002.
112. Bellali T, Manomenidis G, Platis C, Kourtidou E, Galanis P. Factors associated with emergency department health professionals' attitudes toward family presence during adult resuscitation in 9 Greek hospitals. *Dimens Crit Care Nurs.* 2020; 39(5): 269-77. DOI 10.1097/dcc.0000000000000417.
113. Masa'Deh R, Saifan A, Timmons S, Nairn S. Families' Stressors and Needs at Time of Cardio-Pulmonary Resuscitation: A Jordanian Perspective. *Glob J Health Sci.* 2013; 6(2): 72-85. DOI 10.5539/gjhs.v6n2p72.
114. Hassankhani H, Zamanzade V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study. *Int J Nurs Stud.* 2017; 74: 95-100. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.005.
115. Chew KS, Ghani ZA. Attitudes and perceptions of the general Malaysian public regarding family presence during resuscitation. *Singapore Med J.* 2014; 55(8): 439-42. DOI 10.11622/smedj.2014104.
116. Lee MR, Chung MH. Validity and reliability of Korean version of the attitude measurement tool for family presence during resuscitation. *Korean J Adult Nurs.* 2020; 32(2): 209-19. DOI 10.7475/kjan.2020.32.2.209.
117. Cho JL, Lee EN, Sim SH, Lee NY. Comparison of physicians and nurses' attitudes toward family presence during cardiopulmonary resuscitation. 2013; 25(1): 41-52. DOI 10.7475/kjan.2013.25.1.41.

118. Sim SH, Lee EN. Perception of physicians and nurses on presence of family during invasive procedures. *J Korean Acad Nurs.* 2010; 40(3): 326-35. DOI 10.4040/jkan.2010.40.3.326.
119. Parial LLB, Torres GCS, Macindo JRB. Family Presence During Resuscitation Benefits-Risks Scale (FPDR-BRS): Instrument Development and Psychometric Validation. *J Emerg Nurs.* 2016; 42(3): 213-23. DOI 10.1016/j.jen.2015.08.018.
120. Abuzeayad FH, Elhobi A, Kamkoum W, Bashmi L, Al-Qasim G, Alqasem L et al. Healthcare providers' perspectives on family presence during resuscitation in the emergency departments of the Kingdom of Bahrain. *BMC Emerg Med [Internet].* 2020; 20(1): 69. DOI 10.1186/s12873-020-00365-4.
121. Al Bshabshe AA, Al Atif MY, Bahis MA, Asiri AM, Asseri AAM, Hummadi ARA et al. Physicians' characteristics associated with their attitude to family presence during adult cardiopulmonary resuscitation. *Biomed Res Int.* 2020; 4634737. DOI 10.1155/2020/4634737.
122. Al-Mutair AS, Plummer V, Copnell B. Family presence during resuscitation: A descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. *Nurs Crit Care.* 2012; 17(2): 90-8. DOI 10.1111/j.1478-5153.2011.00479.x.
123. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family presence during resuscitation: A double-edged sword. *J Nurs Scholarsh.* 2017; 49(2): 127-34. DOI 10.1111/jnu.12273.
124. Kianmehr N, Mofidi M, Rahmani H, Shahin Y. The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: A study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals. *J R Coll Physicians Edinb.* 2010; 40(1): 4-8. DOI 10.4997/JRCPE.2010.102.
125. Rafiei H, Senmar M, Mostafaie MR, Goli Z, Avanaki SN, Abbasi L et al. Self-confidence and attitude of acute care nurses to the presence of family members during resuscitation. *Br J Nurs.* 2018; 27(21): 1246-9. DOI 10.12968/bjon.2018.27.21.1246.
126. Hayajneh FA. Jordanian professional nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation of adult patients. *Crit Care Nurs Q.* 2013; 36(2) 218-227. DOI 10.1097/CNQ.0b013e31828414c0.
127. Bashayreh I. Family witnessed resuscitation: through the eyes of family members. *J Am Sci.* 2015; 11(3): 7-15.
128. Omran S, Al Ali N, Alshahrani H. Acute care nurses' attitudes toward family presence during cardio-pulmonary resuscitation in the Kingdom of Saudi Arabia. *Clin Nurs Stud.* 2015; 3(3): 69-75. DOI 10.5430/cns.v3n3p69.

129. Meghani S, Karmaliani R, Ajani K, Shehzad Bhamani S, Khan NU, Lalani N. Knowledge, attitude, and practice of healthcare professionals regarding family presence during resuscitation: an interventional study in a tertiary care setting, Karachi, Pakistan. *Connect World Crit Care Nurs*. 2019; 13(1): 46-55. DOI 10.1891/1748-6254.13.1.46.
130. Keller M, Wright J, Selanders S, Dyck D. Open Family Presence Adoption: Role of Patient and Family Advisors. *Healthc Q*. 2018; 20(4): 13-6. DOI 10.12927/hcq.2018.25429.
131. O'Brien JA, Fothergill-Bourbonnais F. The experience of trauma resuscitation in the emergency department: Themes from seven patients. *J Emerg Nurs*. 2004; 30(3): 216-24. DOI 10.1016/j.jen.2004.02.017.
132. Grzyb MJ, Coe H, Rühland L, Dow K. Views of parents and health-care providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2014; 34(2): 143-8. DOI 10.1038/jp.2013.144.
133. García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL. Reanimación cardiopulmonar presenciada en el contexto hospitalario mexicano: un estudio de caso en pacientes y familiares. *Desacatos*. 2010; (34): 149-64. DOI 10.29340/34.345.
134. Barreto MS, Nascimento DG, Oliveira IL, Cavallo E, Saldaña MA, Marcon SS. Posición de personas atendidas en servicio de urgencia sobre la presencia de la familia durante la resucitación. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2018; 34(2): 1-15. Disponible en:  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1642/367>.
135. Soares JR, Martin AR, Lopes APAT, Marcon SS, Barreto MS. Possibility of accompanying emergency care from a family perspective: A descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2017; 16(2): 188-98. DOI 10.17665/1676-4285.20175585.
136. Enriquez D, Mastandueno R, Flichtentrei D, Szyld E. Relatives' presence during cardiopulmonary resuscitation. *Glob Heart* [Internet]. 2017; 12(4): 335--340.e1. DOI 10.1016/j.gheart.2016.01.007.
137. Havugitanga P, Brysiewicz P. Exploring healthcare professionals' perceptions regarding family-witnessed resuscitation in a hospital in Kigali, Rwanda. *South African J Crit Care*. 2014; 30(1): 18-21. DOI 10.7196/sajcc.174.
138. Dwyer T, Friel D. Inviting family to be present during cardiopulmonary resuscitation: Impact of education. *Nurse Educ Pract*. 2016; 16(1): 274-9. DOI 10.1016/j.nepr.2015.10.005.
139. Youngson MJ, Considine J, Currey J. Development, reliability and validity of a tool, to measure emergency department clinicians' attitudes towards family presence (FP) during acute deterioration in adult patients. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2015; 18(2): 106-14. DOI 10.1016/j.aenj.2014.12.002.

140. Compton S, Levy P, Griffin M, Waselewsky D, Mango L, Zalenski R. Family-witnessed resuscitation: Bereavement outcomes in an urban environment. *J Palliat Med.* 2011;14(6): 715-21. DOI 10.1089/jpm.2010.0463.
141. Pasquale MA, Pasquale MD, Baga L, Eid S, Leske JS. Family presence during resuscitation: Ready for Primetime? *J Trauma.* 2010;69(5): 1092-100. DOI 10.1097/TA.0b013e3181e84222.
142. Mark K. Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: An integrative review: An integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2021; 35(1): 20-36. DOI 10.1111/scs.12829.
143. O'Connell K, Fritzeenn J, Guzzetta CE, Clark AP, Lloyd C, Scott SH et al. Family presence during trauma resuscitation: family member's attitudes, behaviors, and experiences. *Am J Crit Care.* 2017; 26(3): 229-239. DOI 10.4037/ajcc2017503.
144. Santos González G, Sánchez Etxaniz J, Jiménez Tomás R. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. *Emergencias [Internet].* 2010; 22(3): 175-80.
145. Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley MAQ. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. *Pediatrics.* 2007; 120(4): 842-54. DOI 10.1542/peds.2006-3706.
146. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Calvin AO. Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians. *Adv Emerg Nurs J.* 2000; 100(2): 32-42. Citado en PubMed PMID 10683641.
147. Bernarda MM, Mas M, Vázquez M. Presencia de los padres en procedimientos médicos invasivos realizados a sus hijos: Opinión de profesionales uruguayos de la salud. *Arch Pediatría Uruguay [Internet].* 2013; 84(3): 193-204. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492013000300004](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000300004).
148. Sague-Bravo S, Parra-Cotanda C, Angel-Sola J, Trenchs Sainz de la Maza VV, Luaces-Cubells C. Presencia dels pares durant els procediments invasius als serveis d'urgències pediàtriques. Que passa a l'Estat espanyol? *Pediatría Catalana.* 2015; 75(1): 7-11.
149. Mekitarian FFP, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(4): 460-6. DOI 10.1016/j.rpped.2015.03.010.
150. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(1): 107-13. DOI 10.1590/S0103-05822014000100017.

151. Pasek TA, Licata J. Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Crit Care Nurse*. 2016; 36(3): 58-64. DOI 10.4037/ccn2016759.
152. Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf. Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf [sede Web]. Vilafranca del Penedès: Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf [acceso el 21 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.csapg.cat>.
153. Consorci Sanitari del Garraf. Consorci Sanitari Garraf [sede Web]. Sant Pere de Ribes: Consorci Sanitari del Garraf; 2019 [acceso el 21 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.csg.cat>.
154. Consorci Sanitari del Garraf. Consorci Sanitari Garraf [sede Web]. Sant Pere de Ribes: Consorci Sanitari del Garraf; 2019 [acceso el 21 de junio de 2021]. Hospital Residència Sant Camil - Seu. Disponible en: <https://www.csg.cat/nosaltres/els-nostres-centres/hospital-residencia-sant-camil-seu>.
155. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [sede Web]. Ciudadanos - Prestaciones y centro sanitarios - Centros y servicios del SNS - Instituto de Información Sanitaria - Centros y servicios del SNS - Centros [acceso el 21 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/centros.do?metodo=realizarDetalle&tipo=hospital&numero=081038>.
156. Consorci Sanitari del Garraf. Consorci Sanitari Garraf [sede Web]. Sant Pere de Ribes: Consorci Sanitari del Garraf; 2019 [acceso el 21 de junio de 2021]. Hospital Sant Antoni Abat. Disponible en: <https://www.csg.cat/nosaltres/els-nostres-centres/hospital-sant-antoni-abat>
157. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioeth*. 2000; 6(2): 321-34. DOI 10.4067/S1726-569X2000000200010.
158. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la Protección de las Personas Físicas en lo que Respecta al Tratamiento de Datos Personales y a la Libre Circulación de estos Datos. *Diario Oficial de la Unión Europea* 2016 p. 17-144.
159. Martínez Díaz JD, Ortega Chacón V, Muñoz Ronda FJ. Design of clinical questions in evidence-based practice. Formulation models. *Enferm Glob*. 2016; 15(3): 431-8. DOI 10.6018/eglobal.15.3.239221.
160. Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide To Best Practice. 3.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
161. Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42(5): 557-68. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.012.

162. Mclean J, Gill FJ, Shields L. Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: Health professionals' confidence and perceptions. *J Clin Nurs*. 2016;25(7-8): 1045-52. DOI 10.1111/jocn.13176.
163. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011; 17(2): 268-74. DOI 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
164. Yale University School of Medicine. Guidelines for Performance of Invasive Procedures by Medical Students [Internet]; 2017. Disponible en: <https://cutt.ly/en0C6Ae>.
165. Ética de los Cuidados [revista completa]. ISSN: 1988-7973. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/et/about>.
166. Nursing Ethics: SAGE Journals [revista completa]. ISSN: 0969-7330. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/home/nej>.
167. BMC Health Services Research [revista completa]. ISSN: 1472-6963. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/about>.
168. MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2003; 29(3): 208-21. DOI 10.1067/men.2003.100.
169. Barreto MS, Peruzzo HE, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019; 53: e03435. DOI 10.1590/s1980-220x2018001303435.
170. Goldberger ZD, Nallamotheu BK, Nichol G, Chan PS, Curtis JR, Cooke CR. Policies allowing family presence during resuscitation and patterns of care during in-hospital cardiac arrest. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015; 8(3): 226-34. DOI 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001272.
171. Vincent C, Lederman Z. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. *J Med Ethics*. 2017; 43(10): 676-8. DOI 10.1136/medethics-2016-103881.
172. Bradley C, Keithline M, Petrocelli M, Scanlon M, Parkosewich J. Perceptions of adult hospitalized patients on family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care*. 2017; 26(2): 103-10. DOI 10.4037/ajcc2017550.
173. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2015; 71(11): 2595-608. DOI 10.1111/jan.12736.



174. Mahabir D, Sammy I. Attitudes of ED staff to the presence of family during cardiopulmonary resuscitation: a Trinidad and Tobago perspective. *Emerg Med J*. 2012; 29(10): 817-820. DOI 10.1136/emmermed-2011-200742.
175. Pater R, Visser A, Smeets W. A beacon in the storm: competencies of healthcare chaplains in the accident and emergency department. *J Health Care Chaplain*. 2020 Feb 7 [Epub ahead of print]. DOI 10.1080/08854726.2020.1723188.
176. Albarran J, Moule P, Bengier J, McMahan-Parkes K, Lockyer L. Family witnessed resuscitation: The views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the experience of resuscitation survival. *Resuscitation*. 2009; 80(9): 1070-3. DOI 10.1016/j.resuscitation.2009.05.020.
177. Magowan E, Melby V. A survey of emergency department staff's opinions and experiences of family presence during invasive procedures and resuscitation. *Emerg Nurse*. 2019; 27(3): 13-9. DOI 10.7748/en.2019.e1908.
178. World Health Organization (WHO). Health and the family. Studies on the demography of family life cycles and their health implications. Ginebra: World Health Organization; 1978.
179. Generalitat de Catalunya [sede Web]. 2018 [actualizada el 8 de octubre de 2018; acceso el 21 de junio de 2021]. Parada cardiorrespiratoria [una pantalla]. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/aturada-cardiorespiratoria/index.html#googtrans\(ca%7Ces\)](https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/a/aturada-cardiorespiratoria/index.html#googtrans(ca%7Ces)).
180. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 2002.
181. Bioet Web [sede Web]. Granada: Bioética en la red; 2001 [acceso el 21 de junio de 2021]. Busquets E. Principio de autonomía y beneficencia. Dos principios en tensión. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/autonomasa-y-beneficiencia-dos-principios-en-tensiasn>.
182. Cousins S, Blencowe NS, Blazeby JM. What is an invasive procedure? A definition to inform study design, evidence synthesis and research tracking. *BMJ Open*. 2019; 9(7): e028576. DOI 10.1136/bmjopen-2018-028576.
183. Generalitat de Catalunya [sede Web]. 2018 [actualizada el 17 de febrero de 2021; acceso el 21 de junio de 2021]. Reanimación Cardiopulmonar [una pantalla]. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/p/primers\\_auxilis/reanimacio](https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/p/primers_auxilis/reanimacio).
184. Sánchez Perales F, Rubio Gribble B, Pérez-Lescure Picarzo J, Bueno Campaña M. Reanimación cardiopulmonar avanzada. En: AEPap, editor. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris; 2005. p. 141-157.

# ANEXOS

---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. OPINIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS

Eva María De Mingo Fernández

## Anexo 1. Glosario

**Familia:** en la literatura existen numerosas definiciones de familia. La OMS define la familia como «los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial» (177). La dificultad en definir la familia estriba en que el concepto y la estructura de familia han evolucionado, sobre todo en las últimas décadas, cambiando en los diferentes sistemas sociales, culturales y políticos, habiendo diversidad de tipos de familias: nucleares (tradicionales), monoparentales, homoparentales, etc.; aun así, la ONU, en la aprobación de su resolución de 1993, la considera la unidad básica de toda sociedad (1). Por lo tanto, consideraremos familia a toda aquella persona que, por lazos afectivos o de parentesco, el paciente la identifique como tal.

**Parada cardiorrespiratoria (PCR) o paro cardíaco:** es la interrupción repentina, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación sanguínea espontánea como consecuencia de un proceso patológico agudo (178).

**Presencia familiar durante los procedimientos invasivos (PFDI):** es definida como la presencia de uno o más miembros de la familia en el espacio en donde se está realizando un procedimiento invasivo (PI), y estos pueden mantener el contacto visual o físico con el paciente y el equipo sanitario.

**Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar (PFDR):** es definida como la presencia de uno o más miembros de la familia en el espacio en donde se está realizando reanimación cardiopulmonar, y que estos puedan mantener contacto visual o físico con el paciente y el equipo sanitario (34).

**Principio de autonomía:** se define como la capacidad de decidir por uno mismo y que se respeten las decisiones de los demás. En el ámbito de la sanidad, se incluye el consentimiento informado (CI), la negativa informada, la veracidad y la confidencialidad. Este principio lo ha de regular la misma persona, libre e intencionadamente, sin condicionantes ni limitaciones personales que impidan realizar una elección que será con pleno conocimiento y ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar las acciones. Como ejemplos de estas limitaciones, podemos enumerar una comprensión inadecuada de la situación, una institucionalización forzosa, una incapacidad mental o simplemente un déficit de autonomía porque es controlada por otras personas o instituciones (179). Como define J.C. Siurana en su estudio, «la autonomía es un concepto que puede admitir grados, aunque existen dos condiciones

esenciales: libertad (independencia de influencias que controlen y agencia, capacidad para la acción intencional) e intencionalidad, que no admite grados, pero la comprensión y la coacción sí» (90). Este derecho es irrenunciable, incluso para las personas enfermas. También el derecho da lugar a obligaciones que en este caso serían responder de las consecuencias de sus actos. El CI es la máxima expresión de este principio, constituyendo un derecho del paciente. El deber del personal médico es respetar las decisiones del paciente. No se debe olvidar que la autonomía en sentido ético es ciertamente la capacidad de decidir, en la dirección que es bueno y justo, para uno mismo (180).

**Principio de beneficencia:** consiste en la obligación de actuación en beneficio ajeno, promoviendo los legítimos intereses del paciente, pero para esta acción no es necesaria su opinión, ya que se da por sabido que el personal sanitario posee una formación y conocimientos que el paciente no tiene y, por tanto, no está capacitado para decidir. En este principio, el médico realiza lo más conveniente para el paciente, sin contar con su opinión. Este principio obliga a actuar a las personas, no simplemente no haciendo daño, sino procurando el bien, incluyéndose la prevención del daño y la supresión de condiciones lesivas, ya que, para cumplir estas condiciones, hace falta acción por parte del personal sanitario. La utilidad también destaca en este principio, ya que exige que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados. El principio de beneficencia tiene conflictos con el principio de autonomía (por respeto a las decisiones) y el principio de justicia (por la distribución de recursos, beneficios y costes) (179).

**Principio de justicia:** se define como el acceso a los recursos igual para todos. El término de justicia distributiva se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad. El objetivo de este principio, según Aristóteles, es tratar a todos por igual, evitando las desigualdades, y aunque es utópico, se pretende que todos sean menos desiguales de manera que se impone tratar a los iguales por iguales y de manera desigual a los desiguales para disminuir estas situaciones de desigualdad; estas acciones definen el principio de igualdad formal. Una mayor igualdad de oportunidades compensa las desigualdades. El problema estriba cuando hay escasez de recursos y competición por los mismos. La relación sanitario-paciente se basa en los principios de beneficencia y autonomía de manera que cuando entran en conflicto, sobre todo por escasez de recursos, es el principio de justicia el que entra en juego (179).

**Principio de no maleficencia:** este principio consiste en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daños a los pacientes. En sanidad, este principio necesita encontrar una interpretación adecuada, ya que a veces las actuaciones del equipo médico dañan para obtener un bien, entonces se trata de evaluar el riesgo-beneficio, y no

perjudicar innecesariamente. El análisis de este principio va de la mano con el principio de beneficencia, para que prevalega el beneficio sobre el perjuicio (179).

**Procedimiento invasivo (PI):** es aquella técnica diagnóstica o terapéutica que requiere el acceso deliberado al cuerpo a través de una incisión, punción o cavidad natural, utilizando instrumentación sanitaria. El procedimiento invasivo también puede implicar la utilización o administración de medicación (181). Existen diferentes grados de invasividad de los PI, y se clasifican por el riesgo de lesiones que se pueden provocar al paciente según la intervención del procedimiento invasivo. En la Yale University School of Medicine (182) han elaborado unas guías por el grado de invasividad y clasifican los procedimientos de este modo:

**Riesgo bajo:** flebotomía, extracciones sanguíneas, catéteres urinarios y endovenosos periféricos, férulas, etc.

**Riesgo medio/moderado:** punción lumbar, suturas, biopsias, gasometrías arteriales, sondas nasogástricas, etc.

**Riesgo alto:** vía central o arterial, paracentesis, toracocentesis, intubación, etc. También se destaca que el grado de riesgo depende de las circunstancias.

**Reanimación cardiopulmonar (RCP):** básica o avanzada. Las maniobras de **reanimación cardiopulmonar básica (RCPb)** consisten básicamente en hacer compresiones en el tórax de la persona afectada y, si es posible, administrar aire mediante el boca a boca para intentar mantener el flujo sanguíneo al cerebro, el corazón y los otros órganos vitales (183). La **reanimación cardiopulmonar avanzada (RCPa)** es realizada por personal médico o de enfermería, en donde se realizan técnicas invasivas médicas como pueden ser la administración de fármacos y líquidos, la instauración de accesos vasculares y el acceso a vías aéreas y ventilación, y complementando con la detección y el tratamiento de las arritmias (184).

## Anexo 2. CEIC 31/150



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Miquel Nolla, com a President del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

#### CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 28 d'abril, ha avaluat:

La proposta d'Eva Mingo Fernández, per realitzar el projecte de tesis doctoral que porta per títol: "Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos.", amb codi CEIC 15/31 i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi. Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es digui a terme a **l'Hospital Els Camils – Consorci Sanitari del Garraf**, amb **Eva Mingo Fernández** com investigadora principal. I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – Orden SAS/347/2009, RD 223/22004. El CEIC tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

#### MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Miquel Nolla	President	Metge
Dra. Anna Altés	Secretari	Metge
Dr. Ernesto Mònaco	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dr. Josep M Tormos	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Dra. Imma Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica primària
Sra. Laura Cedrón	Vocal	Infermera
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Anna Guijarro	Vocal	Filosofia
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 8 de maig de 2015



Dr. Miquel Nolla  
President del CEIC

## Anexo 3. Consentimiento informado (CI)

“Presencia de Familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos”

---

# HOJA DE INFORMACIÓN

---

### Estimado participante:

**Expresamos nuestro agradecimiento por aceptar atendernos para invitarle a participar en el estudio que le comentamos a continuación, luego de algunas consideraciones generales que deseamos informarle inicialmente.**

**La participación es totalmente voluntaria y, si usted acepta participar, tendrá la opción de rechazar o abandonar el estudio en cualquier momento sin afectarse de ninguna manera el cuidado de su salud ni la relación con el personal sanitario que usted habitualmente recibe.**

La razón de invitarle a participar en el presente estudio se debe principalmente a que usted ha tenido la experiencia como paciente o familiar, de presenciar o estar ausente de una reanimación cardiopulmonar o un procedimiento invasivo. El estudio consiste en responder a un cuestionario o a una entrevista personalizada sobre sus opiniones y experiencias sobre la Presencia de Familiares en Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos. El proyecto va dirigido a profesionales sanitarios del CSG y a pacientes y familiares que han presenciado o no una reanimación cardiopulmonar o algún procedimiento invasivo. Este estudio, tendrá una duración de 3 años.

## CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS DATOS

Le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero del que es responsable y cuyo destinatario es la FUNDACIÓ PRIVADA SAT ATONI ABAT (con domicilio en C/ Sant Josep 21, Vilanova i la Geltrú – Barcelona y CIF G08530826), con fines científicos, médicos, estadísticos y de investigación, y que dichos datos podrán ser cedidos con idénticas finalidades a organismos nacionales y europeos, dedicados a actividades científicas, médicas, estadísticas o de investigación. En todo caso, le recordamos que en cualquier momento podrá ejercer plenamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa complementaria, dirigiéndose por escrito a la dirección postal:



## “Presencia de Familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos”

Fundació Privada Sant Antoni Abat,  
C/ Sant Josep 21-23,  
08800 Vilanova i la Geltrú,  
o al correo electrónico : [investigacio@csg.cat](mailto:investigacio@csg.cat)

Este estudio ha sido evaluado y aprobado por la Comisión Permanente de investigación e innovación del Consorci Sanitari del Garraf y por el comité ético de Investigación Clínica, Fundació La Unió.

### **RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN**

Usted no obtendrá un beneficio directo.

No existen riesgos conocidos.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Puede ponerse en contacto con la coordinadora del estudio en todo momento, para posteriores aclaraciones si las necesita:

Datos de contacto de la institución responsable del estudio:

Fundació Privada Sant Antoni Abat.  
C/Sant Josep 21. 08800 Vilanova i La Geltrú.  
Teléfono: 93 893 16 16 Ext 5158 (Unidad de Investigación)  
Investigadora Principal  
Eva de Mingo Fernández.  
Telf. 639 85 09 66

“Presencia de Familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos”

**CONSENTIMIENTO POR ESCRITO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**Presencia de familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y procedimientos invasivos.**

**Declaro que:**

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y puedo contactar con el equipo investigador para más aclaraciones.
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo negarme a la realización de alguna prueba o a responder alguna pregunta.
- Presto libremente mi conformidad para la participación en este estudio.

**Fecha:**

**Firma:**

“Presencia de Familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos”

**CUESTIONARIO PRESENCIA FAMILIAR PARA FAMILIARES.**

**ÁMBITO SOCIAL**

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Edad:

18 a 25 \_\_\_\_\_ 26 a 35 \_\_\_\_\_ 36 a 45 \_\_\_\_\_ 46 a 55 \_\_\_\_\_ 56 a 65 \_\_\_\_\_ Más de 65 \_\_\_\_\_

Estado Civil

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Separado/Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Tiene Hijos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nivel de instrucción:

Básica (sin titulación) \_\_\_\_\_ Media (profesionales ) \_\_\_\_\_ Superior (universitarios) \_\_\_\_\_

**ÁMBITO LABORAL**

Actividad Profesional

Estudiante \_\_\_\_\_ Paro \_\_\_\_\_ Autónomo \_\_\_\_\_

Profesional Remunerado \_\_\_\_\_ Tareas domésticas \_\_\_\_\_

## “Presencia de Familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos”

### **INSTRUMENTO PRESENCIA FAMILIAR/PACIENTE.**

#### ENTREVISTA FAMILIAR/PACIENTE.

Preguntas semiestructuradas en la entrevista familiar o del paciente, para tener unas respuestas unificadas.

Las preguntas serán las siguientes:

- Sabe lo que es un procedimiento invasivo? Y una reanimación cardiopulmonar?
- Me podría hablar sobre la experiencia que ha tenido sobre la RCP/ procedimiento invasivo?
- Cual es la relación que tiene con la persona a la que le hicieron la RCP/proc invasivo? (para familiares)
- Si sus familiares tuvieran la oportunidad de estar con usted mientras le reaniman, cree que sería beneficioso o perjudicial para ellos? Y para usted? Podría ser traumático? Y si estuvieran esperando en una habitación cercana?
- Si le ofrecieran la posibilidad de acompañar a su ser querido mientras le realizan la reanimación cardiopulmonar o un procedimiento invasivo, lo acompañaría? Le han ofrecido esta posibilidad?
- Si le preguntaran ante un procedimiento invasivo si quiere estar acompañado por un familiar suyo, qué respondería? Y si fuera una reanimación?
- Ha tenido alguna experiencia de acompañamiento con algún familiar mientras le realizaban un RCP o una técnica invasiva?
- Considera que los médicos y enfermeras están preparados para aceptar en procedimientos de RCP o invasivos la presencia de un familiar que observe la técnica?
- Consideras que la familia está preparada para acompañar?
- Consideras que el acompañante interferiría?
- Consideras que presenciar una reanimación de un ser querido, sería traumático para ti?

“Presencia de Familiares en la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos”

**CUESTIONARIO PRESENCIA FAMILIAR PARA FAMILIARES.**

Fecha de encuesta: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2016.

Lugar encuesta: HRSC \_\_\_\_\_/ HSAA \_\_\_\_\_

Servicio en donde se realiza la encuesta:

PLANTA AGUDOS \_\_\_\_\_/ PLANTA SOCIOSANITARIO \_\_\_\_\_/ PLANTA PEDIATRÍA \_\_\_\_\_/

SALA ESPERA UCI \_\_\_\_\_/SALA ESPERA URGENCIAS \_\_\_\_\_/ OTROS \_\_\_\_\_/

**ÁMBITO SOCIAL**

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Edad:

18 a 25 \_\_\_\_\_ 26 a 35 \_\_\_\_\_ 36 a 45 \_\_\_\_\_ 46 a 55 \_\_\_\_\_ 56 a 65 \_\_\_\_\_ Más de 65 \_\_\_\_\_

Estado Civil

Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Separado/Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Tiene Hijos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nivel de instrucción:

Básica (sin titulación) \_\_\_\_\_ Media (profesionales ) \_\_\_\_\_ Superior (universitarios) \_\_\_\_\_

**ÁMBITO LABORAL**

Actividad Profesional

Estudiante \_\_\_\_\_

Paro \_\_\_\_\_

Autónomo \_\_\_\_\_

Profesional Remunerado \_\_\_\_\_

Tareas domésticas \_\_\_\_\_

## Anexo 4. Cuestionario original Twibell *et al.* (2008)

### Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

Across the nation, health care professionals, patients and families are debating the issue of having family members present when a loved one is being resuscitated. As an RN or LPN at BMH, your opinions about this matter are of interest to us. Completing this questionnaire is **voluntary**. **Please do not put your name on the survey.**

Definition: Family-witnessed resuscitation means one or more family members are present in the room while a loved one is being resuscitated in an effort to sustain life.

<b>Please circle the number that best represents your opinion.</b>		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1.	Family members should be given the option to be present when a loved one is being resuscitated.	1	2	3	4	5
2.	Family members will panic if they witness a resuscitation effort. (reverse)	1	2	3	4	5
3.	Family members will have difficulty adjusting to the long term emotional impact of watching a resuscitation effort. (reverse)	1	2	3	4	5
4.	The resuscitation team may develop a close relationship with family members who witness the efforts, as compared to family members who do not witness the efforts.	1	2	3	4	5
5.	I would be more anxious about doing things right if family members were present during a resuscitation effort. (deleted) (reverse)	1	2	3	4	5
6.	If my loved one were being resuscitated, I would want to be present in the room.	1	2	3	4	5
7.	Patients do not want family members present during a resuscitation attempt. (reverse)	1	2	3	4	5
8.	The resuscitation team will try more extensive interventions if family members are present. (deleted) (reverse)	1	2	3	4	5
9.	Family members who witness unsuccessful resuscitation efforts will have a better grieving process.	1	2	3	4	5
10.	If my loved one were being resuscitated, I should be allowed to be present because I am a nurse. (deleted)	1	2	3	4	5
11.	Family members will become disruptive if they witness resuscitation efforts. (reverse)	1	2	3	4	5
12.	Family members who witness a resuscitation effort are more likely to sue. (reverse)	1	2	3	4	5
13.	The resuscitation team will not function as well if family members are present in the room. (reverse)	1	2	3	4	5
14.	Nurses with whom I work are not supportive of family presence during resuscitation efforts. (reverse) (deleted)	1	2	3	4	5
15.	Family members on the unit where I work prefer to be present in the room during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5

Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

16.	The presence of family members during resuscitation efforts is beneficial to patients.	1	2	3	4	5
<b>Please circle the number that best represents the extent to which you agree or disagree with the following statements: The presence of family members during resuscitation efforts.....</b>		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
17.	is beneficial to families.	1	2	3	4	5
18.	is beneficial to nurses.	1	2	3	4	5
19.	is beneficial to physicians.	1	2	3	4	5
20.	should be a component of family-centered care.	1	2	3	4	5
21.	will have a positive effect on patient ratings of satisfaction with hospital care.	1	2	3	4	5
22.	will have a positive effect on family ratings of satisfaction with hospital care.	1	2	3	4	5
23.	will have a positive effect on nurse ratings of satisfaction in providing optimal patient and family care.	1	2	3	4	5
24.	will have a positive effect on physician ratings of satisfaction in providing optimal patient and family care.	1	2	3	4	5
25.	is a right that all patients should have.	1	2	3	4	5
26.	is a right that all family members should have.	1	2	3	4	5
<b>Please read each numbered item below and circle the number to indicate how confident you are that you could perform the listed behavior during a resuscitation effort with family members present.</b>		Not at all Confident	Not Very Confident	Somewhat Confident	Quite Confident	Very Confident
27.	I could communicate about the resuscitation effort to family members who are present.	1	2	3	4	5
28.	I could administer drug therapies during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
29.	I could perform electrical therapies during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
30.	I could deliver chest compressions during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
31.	I could communicate effectively with other health team members during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
32.	I could maintain dignity of the patient during resuscitation efforts with family members present.	1	2	3	4	5
33.	I could identify family members who display appropriate coping behaviors to be present during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5

## Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

34.	I could prepare family members to enter the area of resuscitation of their family member.	1	2	3	4	5
	<b>Please read each numbered item below and circle the number that indicates how confident you are that you could perform the listed behavior during a resuscitation effort with family members present.</b>	Not at all Confident	Not Very Confident	Somewhat Confident	Quite Confident	Very Confident
35.	I could enlist support from attending physicians for family presence during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5
36.	I could escort family members into the room during resuscitation of their family member.	1	2	3	4	5
37.	I could announce family member's presence to resuscitation team during resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
38.	I could provide comfort measures to family members witnessing resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
39.	I could identify spiritual and emotional needs of family members witnessing resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
40.	I could encourage family members to talk to their family member during resuscitation efforts.	1	2	3	4	5
41.	I could delegate tasks to other nurses in order to support family members during resuscitation efforts of their family member.	1	2	3	4	5
42.	I could debrief family after resuscitation of their family member.	1	2	3	4	5
43.	I could coordinate bereavement follow-up with family members after resuscitation efforts of their family member, if required.	1	2	3	4	5

**Please select the answer that is true of you.**

44. If you were a patient who was being resuscitated, would you want your family members to be present in the room?

Yes  
 No

45. Have you ever been present in the room during the resuscitation of one of your family members?

Yes  
 No



## Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

46. How many times have you invited a family member to be present during a resuscitation attempt at BMH?
- Never  
 Less than five times  
 More than five times
47. On what unit were you working the last time that you invited a family member to be present during a resuscitation attempt?
- Emergency Department  
 Critical Care Unit  
 Non-Critical Care Inpatient Unit  
 Other \_\_\_\_\_  
 Not Applicable
48. Who should make the decision about family presence during resuscitation efforts? Choose all that apply.
- |                      |                              |                             |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Patient (beforehand) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Nurse                | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Physician            | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Family               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Other                | _____                        |                             |
49. Who is the BEST one to make the decision about family presence during resuscitation efforts? Choose one.
- Patient (beforehand)  
 Family  
 Nurse  
 Physician
50. Should the decision about family presence be a part of an advanced directive authorized by the patient?
- Yes  
 No
51. What type of unit do you work on most often?
- Emergency Department  
 Critical Care Unit  
 Non-Critical Care Inpatient Unit  
 Outpatient Unit  
 Other \_\_\_\_\_

## Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

**Please select the option that best describes YOUR:  
(Recall that you may omit any item that you wish)**

52. Current nursing role

- RN  
 LPN

53. Years of experience in nursing

- Less than 1 year  
 1 – 5 years  
 6 – 10 years  
 11 – 20 years  
 More than 20 years

54. Highest nursing degree completed

- Licensed Practical Nurse Program  
 Associate Degree in Nursing  
 Baccalaureate Degree in Nursing  
 Master's Degree in Nursing  
 Doctoral Degree in Nursing

55. Gender

- Male  
 Female

56. Age

- 18-24 years  
 25-39 years  
 40-55 years  
 Over 56 years

57. Do you hold a specialty nursing certification?

- Yes (please list \_\_\_\_\_)  
 No

58. Do you hold membership in a professional nursing organization?

- Yes  
 No

---

Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

---

59. Ethnicity

- African-American
- Asian
- Caucasian
- Hispanic
- Native American – Eskimo
- Pacific-Islander
- Other

60. What do you believe is your area of clinical expertise? \_\_\_\_\_

61. The main reason I **would not** invite a family member into a code is:

62. The main reason I **would** invite a family member into a code is:

---

Nurses' Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation

---

63. In the space below or on additional pages, please share with us any other opinions, stories or perspectives about family-witnessed resuscitation.


Thank you for your responses!



/rlm-renee twibell-fwnursesurvey-6-10-04

## Anexo 5. Permiso Twibell

Correo: Eva Itzah de Mingo Fernández - Outlook


https://outlook.live.com/mail/0/search/id/AQQkADAwATYwMAItO...

Archivo ▾ ← I am happy you are pursuing you... ▾ 🔍 📧 Re 

 Imprimir  Cancelar

**Re: Request permission: FP R-B and FP S-C.**

Twibell, Kathryn <rtwibell@bsu.edu>  
 Vie 27/03/2015 3:35  
 Para: Eva Itzah de Mingo Fernández <itzahe1@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (98 KB)  
 fpnursestool308 with reversals final 2 2015.doc;

Eva Itzah,

Thank you for your message. I am happy you are pursuing your dissertation on family presence during resuscitation.

Yes, I have the right to grant you permission to use these instruments. So, you have permission to translate and use the tools Family Presence Risk-Benefit Scale and the Family Presence Self-confidence Scale. published in the American Journal of Critical Care Nursing.

Attached is the complete version of the tool we used. The Risk-Benefit Scale consists of items 1-26. As reported in the article, four risk-benefit items (on the first page of the tool) were deleted due to the way they functioned on the factor analysis. You could include them in your study and see how they do for you. The items came out of our qualitative work and we believed they were important, but they did not work consistently with the other items.

Items 27-43 compose the self-confidence scale.

The items from 44 to the end were other items we did not report on in the AJCC article. Feel free to use them as you wish.

One suggestion I would make is to ask the respondents what experience they have had with CPR and family presence. That is one item I wish we would have included.

I wish you well in your endeavor. If I can be of any further assistance, please feel free to email any time.

Renee  
 Renee Twibell, PhD, RN, CNE  
 Associate Professor, School of Nursing  
 Ball State University  
 Nurse Researcher, Ball Memorial Hospital  
 Muncie, IN 47304  
 rtwibell@bsu.edu

---

**From:** Eva Itzah de Mingo Fernández <itzahe1@hotmail.com>  
**Sent:** Thursday, March 26, 2015 8:33 AM  
**To:** Twibell, Kathryn  
**Subject:** Request permission: FP R-B and FP S-C

1 de 1

04/01/2021 18:22

## Anexo 6. Cuestionario castellano RCP

V01.2019

### **PERCEPCIONES DE ENFERMERAS Y MÉDICOS RESPECTO A LA PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.**

En el mundo y en el marco de los derechos de los pacientes, los profesionales de la salud, los pacientes y las familias están debatiendo la cuestión de tener familiares presentes cuando un ser querido está siendo resucitado. Sus opiniones sobre este asunto son de interés para nosotros. Completar este cuestionario es voluntario. Por favor no ponga su nombre en la encuesta.

Le agradeceríamos que contestase este cuestionario y le garantizamos que la información recogida será totalmente confidencial y anónima y sólo se utilizará para fines relacionados con la investigación. Si tiene algún comentario adicional, puede escribir en la parte de atrás, mencionando el número de la pregunta a la que se refiere.

#### **Definición:**

**La reanimación presenciada por la familia** significa que uno o más miembros de la familia están presentes en la habitación pudiendo mantener contacto físico o visual con el paciente y/o el equipo sanitario mientras un ser querido está siendo resucitado en un esfuerzo por mantener la vida del paciente.

Muchas gracias por su tiempo y la colaboración en el proyecto.

**Se requiere identificación numérica para garantizar la no repetición del cuestionario**, que consta de fecha de nacimiento + 4 últimos dígitos del DNI. **Ejemplo: 29/07/68.- DNI: 77252699W → 2907682699**

IDENTIFICACIÓN (Fecha de nacimiento + 4 últimos dígitos DNI):

<b>Por favor, marque el número que mejor represente su opinión (grado de acuerdo) con las siguientes afirmaciones:</b> <b>1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo</b>						
1	A los familiares se les debería dar la opción de estar presentes mientras su ser querido está siendo sometido a un procedimiento invasivo	1	2	3	4	5
2	Los miembros de la familia se aterrorizarían al presenciar la técnica de un procedimiento invasivo	1	2	3	4	5
3	Los familiares tendrán dificultades a largo plazo para afrontar el impacto emocional al haber presenciado una reanimación.	1	2	3	4	5
4	El equipo de reanimación podría desarrollar una relación de cercanía con los familiares que presenciaran los esfuerzos de reanimación en comparación con los familiares que no los presencien.	1	2	3	4	5
5	Si los miembros de la familia estuvieran presentes, estaría más nervioso por realizar bien las técnicas de reanimación	1	2	3	4	5
6	Me gustaría estar presente si un ser querido fuera reanimado	1	2	3	4	5
7	Los pacientes <b>NO</b> quieren que sus familiares estén presentes durante los intentos de reanimación	1	2	3	4	5
8	El equipo sanitario se esforzaría más si los miembros de la familia estuvieran presentes durante la reanimación	1	2	3	4	5
9	Los familiares que presencien una reanimación fallida tendrán un mejor y más sano proceso de duelo.	1	2	3	4	5
10	Si mi ser querido está siendo reanimado, deberían permitirme estar presente, ya que soy enfermera/o.	1	2	3	4	5
11	La presencia de familiares interferirá en el proceso de reanimación	1	2	3	4	5
12	Los familiares que presencian la reanimación son más propicios a denunciar.	1	2	3	4	5
13	El equipo sanitario, no trabajaría tan bien si los familiares están presentes durante el proceso de reanimación	1	2	3	4	5
14	Los profesionales sanitarios con los que trabajo no apoyan la presencia familiar durante la reanimación	1	2	3	4	5
15	Los familiares que hay en la unidad en donde trabajo prefieren estar presentes durante la reanimación	1	2	3	4	5
16	La presencia familiar durante la reanimación es beneficiosa para los pacientes.	1	2	3	4	5
<b>Por favor, marque con un círculo el número que mejor representa el grado de su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:</b> <b>La presencia de los miembros de la familia durante la reanimación...</b> <b>1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo</b>						
17	Es beneficiosa para las familias.	1	2	3	4	5
18	Es beneficiosa para las enfermeras	1	2	3	4	5

19	Es beneficiosa para los médicos	1	2	3	4	5
20	Debería formar parte del cuidado centrado en la familia	1	2	3	4	5
21	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción del cuidado hospitalario del paciente	1	2	3	4	5
22	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción con el hospital por parte de la familia.	1	2	3	4	5
23	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción del cuidado hospitalario de la enfermera.	1	2	3	4	5
24	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción del cuidado hospitalario del médico.	1	2	3	4	5
25	La presencia de los miembros de la familia durante la reanimación es un derecho que deberían tener todos los pacientes.	1	2	3	4	5
26	La presencia de los miembros de la familia durante la reanimación es un derecho que deberían tener todos los familiares.	1	2	3	4	5
<p><b>Por favor, lea cada ítem numerado a continuación y marque con un círculo el número para indicar cuánto confía en que podría realizar la acción indicada durante un esfuerzo de resucitación con los familiares presentes.</b></p> <p><b>1) Ninguna confianza 2) No mucha confianza 3) Un poco de confianza 4) Bastante confianza 5) Mucha confianza.</b></p>						
27	Podría informar a los familiares presentes durante el desarrollo de la reanimación	1	2	3	4	5
28	Podría administrar medicación durante una reanimación presenciada por familiares	1	2	3	4	5
29	Podría administrar terapias eléctricas (desfibrilación, cardioversión, etc.) durante una reanimación presenciada por familiares	1	2	3	4	5
30	Podría realizar compresiones torácicas durante la reanimación con familiares presentes.	1	2	3	4	5
31	Podría comunicarme de forma efectiva con el resto del equipo sanitario durante una reanimación presenciada por familiares.	1	2	3	4	5
32	Podría mantener la dignidad del paciente durante una reanimación presenciada por familiares.	1	2	3	4	5
<p><b>Por favor, lea cada ítem numerado a continuación y marque con un círculo el número para indicar cuánto confía en que podría realizar la acción indicada durante un esfuerzo de resucitación con los familiares presentes.</b></p> <p><b>1) Ninguna confianza 2) No mucha confianza 3) Un poco de confianza 4) Bastante confianza 5) Mucha confianza.</b></p>						
33	Podría identificar a los familiares que tengan comportamientos adecuados durante la reanimación.	1	2	3	4	5
34	Podría preparar a los familiares para acceder al área de reanimación de su ser querido.	1	2	3	4	5
35	Podría conseguir que los médicos que asistan al paciente apoyen la presencia familiar durante la reanimación de su ser querido.	1	2	3	4	5
36	Podría acompañar a los familiares que están en el área de reanimación durante la reanimación de su ser querido.	1	2	3	4	5



37	Podría informar al equipo sanitario que la reanimación está siendo presenciada por familiares.	1	2	3	4	5
38	Podría proporcionar medidas de confort a los familiares presentes durante la reanimación de su ser querido	1	2	3	4	5
39	Podría identificar las necesidades espirituales y emocionales de los familiares presentes durante la reanimación de su ser querido.	1	2	3	4	5
40	Podría animar a los familiares a hablar con su ser querido durante la reanimación	1	2	3	4	5
41	Podría delegar funciones a otras enfermeras para apoyar a los familiares presentes durante la reanimación de su ser querido.	1	2	3	4	5
42	Podría informar a los familiares después de la reanimación	1	2	3	4	5
43	Podría coordinar el seguimiento del duelo de los familiares después de una reanimación si fuera necesario.	1	2	3	4	5

### Por favor, seleccione una respuesta:

44.- ¿Le gustaría que sus familiares estuvieran presentes, si fuera un paciente que está siendo reanimado? 1) SI \_\_\_\_\_ 2) NO \_\_\_\_\_

45.- ¿Ha presenciado alguna vez la reanimación de un miembro de su familia?

1) SI \_\_\_\_\_ 2) NO \_\_\_\_\_

46.- ¿Cuántas veces ha invitado a un familiar a presenciar un intento de reanimación de un ser querido? 1) Nunca \_\_\_\_\_ 2) Menos de 5 veces \_\_\_\_\_ 3) Más de 5 veces \_\_\_\_\_

47.- ¿En qué unidad trabajó la última vez que invitó a un familiar a presenciar un intento de reanimación?

1) Urgencias 2) UCI 3) Sociosanitario 4) Planta hospitalaria agudos 5) Residencia

6) Consultas 7) Hospital/centro de día 8) Rehabilitación 9) Otros \_\_\_\_\_

48.- ¿Quién debería tomar la decisión sobre la presencia de la familia durante la reanimación? (escoja todas las respuestas que considere)

1) El Paciente 2) La familia 3) La enfermera 4) El médico 5) Otros \_\_\_\_\_

**49.- ¿Quién es el MÁS ADECUADO para decidir sobre la presencia de la familia durante la reanimación? Escoja SÓLO UNA respuesta.**

1) Paciente    2) Familia    3) Enfermera    4) Médico    5) Otros \_\_\_\_\_

**50.- ¿Opina que la decisión sobre la presencia familiar durante la reanimación debería formar parte de las voluntades anticipadas del paciente?    1) SI \_\_\_\_    2) NO \_\_\_\_**

**51.- ¿En qué unidad trabaja más a menudo?**

1) Urgencias    2) UCI    3) Sociosanitario    4) Planta hospitalaria agudos    5) Residencia  
6) C. Externas    7) Hospital/centro de día    8) Rehabilitación    9) Otros \_\_\_\_\_

**52.- Profesión:**    1.- Enfermera \_\_\_\_\_    2.- Médico \_\_\_\_\_    3.- Otros \_\_\_\_\_

**53.- Años de experiencia en enfermería/medicina:**

1) menos de un año    2) 1-5 años    3) 6-10 años    4) 11-15 años    5) 16-20 años.  
6) más de 20 años

**54.- Nivel de estudios más alto completado:**

1.) Graduado/Asimilado    4.) Máster    5.) Doctorado

**55.- Sexo**    1.-) Mujer    2.) Hombre

**56.- Edad**

1) 20-25 años    2) 26-35 años    3) 36-45 años    4) 46-55 años    5) más de 55 años.

**57.- ¿Tiene alguna especialidad en su profesión?**

1.- Sí. ¿Cuál? \_\_\_\_\_    2) NO \_\_\_\_\_

**58.- ¿Cuál es su área de experiencia clínica?** \_\_\_\_\_

**59.- El principal motivo por el que NO INVITARÍA a un familiar a presenciar la reanimación de su ser querido es:**

---

---

---

---

---

**60.- El principal motivo por el que SI INVITARÍA a un familiar a presenciar la reanimación de su ser querido es:**

---

---

---

---

---

**61.- Por favor, comparte con nosotros en el espacio inferior cualquier opinión, experiencia, ideas o perspectiva sobre la presencia familiar durante la reanimación**

---

---

---

---

---

**62.- Por favor, comparte con nosotros en el espacio inferior cualquier opinión, experiencia, ideas o perspectiva sobre la presencia familiar durante los procedimientos invasivos.**

---

---

---

---

---

**¿Algún comentario o sugerencia que desee realizar?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. v03/2018**

## Anexo 7. Cuestionario castellano PI

### **PERCEPCIONES DE ENFERMERAS Y MÉDICOS RESPECTO A LA PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS. Programados o no.**

En el mundo y en el marco de los derechos de los pacientes, los profesionales de la salud, los pacientes y las familias están debatiendo la cuestión de tener familiares acompañando a su ser querido mientras están siendo sometidos a procedimientos invasivos. Sus opiniones sobre este asunto son de interés para nosotros. Completar este cuestionario es voluntario. Por favor no ponga su nombre en la encuesta.

Le agradeceríamos que contestase este cuestionario, que le llevará aproximadamente 8 minutos y le garantizamos que la información recogida será totalmente confidencial y anónima y sólo se utilizará para fines relacionados con la investigación. Si tiene algún comentario adicional, puede escribir en el espacio destinado para este fin, al final de la encuesta, mencionando el número de la pregunta a la que se refiere.

#### **Definiciones:**

**Procedimiento invasivo:** Una técnica diagnóstica o terapéutica que requiere la entrada a una cavidad corporal o la interrupción de las funciones normales del cuerpo.

**El procedimiento invasivo presenciado por la familia** significa que uno o más miembros de la familia, estén presentes en la habitación mientras su ser querido está sometido a un procedimiento invasivo, tanto si es programado o no.

**Grado de invasividad del procedimiento:** Riesgo de lesiones que se pueden provocar al paciente según la intervención del procedimiento invasivo. En la Yale University School of Medicine, han elaborado unas guías por el grado de invasividad y clasifican los procedimientos de este modo:

**Bajo riesgo:** Flebotomía, extracciones sanguíneas, catéteres urinarios y catéteres endovenosos periféricos, férulas, etc.

**Riesgo medio/moderado:** Punción lumbar, suturas, biopsias, gasometrías arteriales, sondas nasogástricas, etc.

**Riesgo alto:** Vía central o arterial, paracentesis, toracocentesis, colostomías, intubación, etc.

También destaca que el grado de riesgo depende de las circunstancias. Muchas gracias por su tiempo y la colaboración en el proyecto.

**Se requiere identificación numérica para garantizar la no repetición del cuestionario,** que consta de fecha de nacimiento + 4 últimos dígitos del DNI. **Ejemplo: 29/07/68.- DNI: 77252699W → 2907682699**

IDENTIFICACIÓN (Fecha de nacimiento + 4 últimos dígitos DNI):

\_\_\_\_\_

Por favor, marque el número que mejor represente su opinión (grado de acuerdo) con las siguientes afirmaciones: 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo						
1	A los familiares se les debería dar la opción de estar presentes mientras su ser querido está siendo sometido a un procedimiento invasivo: 1.1 con riesgo bajo 1.2 con riesgo moderado/medio 1.3 con riesgo alto.					
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
2	Los miembros de la familia se aterrorizarían al presenciar la técnica de un procedimiento invasivo: 2.1 con riesgo bajo 2.2 con riesgo moderado/medio 2.3 con riesgo alto.					
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
3	Los familiares tendrán dificultades a largo plazo para afrontar el impacto emocional al haber presenciado un procedimiento invasivo: 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto.					
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5

Por favor, marque el número que mejor represente su opinión (grado de acuerdo) con las siguientes afirmaciones:						
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo						
4	El equipo de sanitario podría desarrollar una relación de cercanía con los familiares que presencien los procedimientos invasivos en comparación con los familiares que no los presencien. 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto.	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
5	Si los miembros de la familia estuvieran presentes, yo estaría más nervioso por realizar bien las técnicas de procedimientos invasivos. 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
6	Me gustaría estar presente mientras un ser querido es sometido a procedimientos invasivos. 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
7	Los pacientes <b>NO</b> quieren que sus familiares estén presentes durante los procedimientos invasivos	1	2	3	4	5
8	El equipo sanitario se esforzaría más si los miembros de la familia estuvieran presentes durante los procedimientos invasivos	1	2	3	4	5
9	Los familiares que presencien una procedimiento invasivo fallido tendrán una mejor comprensión sobre lo acontecido.	1	2	3	4	5
10	Si mi ser querido está en un procedimiento invasivo, deberían permitirme estar presente, ya que soy enfermera/o o médico/a	1	2	3	4	5
11	La presencia de familiares interferirá en las técnicas de procedimientos invasivos: 11.1 con riesgo bajo 11.2 con riesgo moderado/medio 11.3 con riesgo alto.	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
12	Los familiares que presencian los procedimientos invasivos son más propicios a denunciar.	1	2	3	4	5
13	El equipo sanitario, no trabajaría tan bien si los familiares están presentes durante las técnicas del procedimiento invasivo: 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
14	Los profesionales sanitarios con los que trabajo no apoyan la presencia familiar durante los procedimientos invasivos: 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5

<b>Por favor, marque el número que mejor represente su opinión (grado de acuerdo) con las siguientes afirmaciones:</b>						
<b>1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Indiferente 4) De acuerdo 5) Muy de acuerdo</b>						
<b>15</b>	Los familiares que hay en la unidad en donde trabajo prefieren estar presentes durante la realización de procedimientos invasivos: 3.1 con riesgo bajo 3.2 con riesgo moderado/medio 3.3 con riesgo alto.	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
<b>16</b>	Es beneficiosa para los pacientes.	1	2	3	4	5
<b>17</b>	Es beneficiosa para las familias.	1	2	3	4	5
<b>18</b>	Es beneficiosa para las enfermeras	1	2	3	4	5
<b>19</b>	Es beneficiosa para los médicos	1	2	3	4	5
<b>20</b>	Debería formar parte del cuidado centrado en la familia	1	2	3	4	5
<b>21</b>	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción del cuidado hospitalario del paciente	1	2	3	4	5
<b>22</b>	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción con el hospital por parte de la familia.	1	2	3	4	5
<b>23</b>	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción del cuidado hospitalario de la enfermera.	1	2	3	4	5
<b>24</b>	Tendrá un efecto positivo en la encuesta de satisfacción del cuidado hospitalario del médico.	1	2	3	4	5
<b>25</b>	La presencia de los miembros de la familia durante los procedimientos invasivos es un derecho que deberían tener todos los pacientes.	1	2	3	4	5
<b>26</b>	La presencia de los miembros de la familia durante los procedimientos invasivos es un derecho que deberían tener todos los familiares.	1	2	3	4	5



<p><b>Por favor, lea cada ítem numerado a continuación y marque con un círculo el número para indicar cuánto confía en sí mismo en que podría realizar las técnicas de procedimientos invasivos con los familiares presentes.</b></p> <p><b>1) Ninguna confianza 2) No mucha confianza 3) Un poco de confianza 4) Bastante confianza 5) Mucha confianza.</b></p>						
27	Podría informar a los familiares presentes durante el desarrollo de las técnicas invasivas (realizadas habitualmente o no):					
	3.1 con riesgo bajo	1	2	3	4	5
	3.2 con riesgo moderado/medio	1	2	3	4	5
28	Podría administrar medicación durante los procesos invasivos presenciados por familiares:					
	3.1 con riesgo bajo	1	2	3	4	5
	3.2 con riesgo moderado/medio	1	2	3	4	5
29	3.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
	NO PROCEDE.					
	NO PROCEDE					
31	Podría comunicarme de forma efectiva con el resto del equipo sanitario durante un proceso invasivo presenciado por familiares:					
	3.1 con riesgo bajo	1	2	3	4	5
	3.2 con riesgo moderado/medio	1	2	3	4	5
32	Podría mantener la dignidad del paciente durante un proceso invasivo presenciado por familiares:					
	3.1 con riesgo bajo	1	2	3	4	5
	3.2 con riesgo moderado/medio	1	2	3	4	5
33	3.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
	Podría identificar a los familiares que tengan comportamientos adecuados durante los procedimientos invasivos.	1	2	3	4	5
	Podría preparar a los familiares para acceder a la habitación en donde se está realizando el procedimiento invasivo de su ser querido.	1	2	3	4	5
35	Podría conseguir que los médicos que asistan al paciente apoyen la presencia familiar durante un procedimiento invasivo de su ser querido.	1	2	3	4	5
36	Podría acompañar a los familiares que están presenciando la técnica de procedimientos invasivos de su ser querido.	1	2	3	4	5
37	Podría informar al equipo sanitario que el procedimiento invasivo está siendo presenciado por familiares.	1	2	3	4	5
38	Podría proporcionar medidas de confort a los familiares presentes durante los procedimientos invasivos de su ser querido	1	2	3	4	5
39	Podría identificar las necesidades espirituales y emocionales de los familiares presentes durante los procedimientos invasivos de su ser querido.	1	2	3	4	5
40	Podría animar a los familiares a hablar con su ser querido durante los procedimientos invasivos	1	2	3	4	5

<p><b>Por favor, lea cada ítem numerado a continuación y marque con un círculo el número para indicar cuánto confía en sí mismo en que podría realizar las técnicas de procedimientos invasivos con los familiares presentes.</b></p> <p><b>1) Ninguna confianza 2) No mucha confianza 3) Un poco de confianza 4) Bastante confianza 5) Mucha confianza.</b></p>						
<b>41</b>	Podría delegar funciones a otras enfermeras para apoyar a los familiares presentes durante los procedimientos invasivos de su ser querido.	1	2	3	4	5
<b>42</b>	Podría informar a los familiares después de la realización de técnicas de procedimientos invasivos:	1	2	3	4	5
<b>43</b>	Podría coordinar el seguimiento del duelo de los familiares después de un procedimiento invasivo si fuera necesario.	1	2	3	4	5
<b>44</b>	¿Le gustaría que sus familiares estuvieran presentes, si fuera un paciente que está siendo sometido a un procedimiento invasivo: 44.1 con riesgo bajo 44.2 con riesgo moderado/medio 44.3 con riesgo alto	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5

### Por favor, seleccione una respuesta:

**45.- ¿Ha presenciado alguna vez algún procedimiento invasivo de un miembro de su familia?**

1) SI \_\_\_\_\_ 2) NO \_\_\_\_\_

**46.- ¿Cuántas veces ha invitado a un familiar a presenciar un procedimiento invasivo de un ser querido?** 1) Nunca \_\_\_\_\_ 2) Menos de 5 veces \_\_\_\_\_ 3) Más de 5 veces \_\_\_\_\_

**47.- ¿En qué unidad trabajó la última vez que invitó a un familiar a presenciar un procedimiento invasivo?**

1) Urgencias 2) UCI 3) Sociosanitario 4) Planta hospitalaria agudos 5) Residencia  
6) Consultas 7) Hospital/centro de día 8) Rehabilitación 9) Otros \_\_\_\_\_

**48.- ¿Quién debería tomar la decisión sobre el acompañamiento de la familia durante un proceso invasivo? (escoja todas las respuestas que considere)**

1) El Paciente 2) La familia 3) La enfermera 4) El médico 5) Otros \_\_\_\_\_

**49.- ¿Quién es el MÁS ADECUADO para decidir sobre la presencia de la familia durante el procedimiento invasivo? Escoja SÓLO UNA respuesta.**

1) Paciente 2) Familia 3) Enfermera 4) Médico 5) Otros\_\_\_\_\_

**50.- ¿Opina que la decisión sobre la presencia familiar durante la realización de procedimientos invasivos debería formar parte de las voluntades anticipadas del paciente? 1) SI\_\_\_ 2) NO\_\_\_**

**51.- ¿En qué unidad trabaja más a menudo?**

1) Urgencias 2) UCI 3) Sociosanitario 4) Planta hospitalaria agudos 5) Residencia  
6) C. Externas 7) Hospital SS /centro de día 8) Rehabilitación 9) Otros\_\_\_\_\_

**52.- Profesión:** 1.- Enfermera \_\_\_\_\_ 2.- Médico \_\_\_\_\_ 3.- Otros \_\_\_\_\_

**53.- Años de experiencia en enfermería/medicina:**

1) menos de un año 2) 1-5 años 3) 6-10 años 4) 11-15 años 5) 16-20 años. 6) más de 20 años

**54.- Nivel de estudios más alto completado:**

1.) Graduado/Asimilado 2.) Máster 3.) Doctorado 4) Posgrado.

**55.- Sexo** 1.-) Mujer 2.) Hombre

**56.- Edad**

1) 20-25 años 2) 26-35 años 3) 36-45 años 4) 46-55 años 5) más de 55 años.

**57.- ¿Tiene alguna especialidad en su profesión?**

1.- Sí. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 2) NO \_\_\_\_\_

**58.- ¿Cuál es su área de experiencia clínica?** \_\_\_\_\_

**59.- El principal motivo por el que NO INVITARÍA a un familiar a presenciar un procedimiento invasivo de su ser querido es:**

---

---

---

---

---

**60.- El principal motivo por el que SI INVITARÍA a un familiar a presenciar el procedimiento invasivo de su ser querido es:**

---

---

---

---

---

**61.- Por favor, comparta con nosotros en el espacio inferior cualquier opinión, experiencia, ideas o perspectiva sobre la presencia familiar durante los procedimientos invasivos**

---

---

---

---

---

**¿Algún comentario o sugerencia que desee realizar?**

---

---

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.** v01/2019

## Anexo 8. Comprobante admisión artículo 4

ScholarOne Manuscripts

<https://mc.manuscriptcentral.com/ne>

### Nursing Ethics

 Home

 Author

 Review

## Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

### Submitted to

Nursing Ethics

### Manuscript ID

NE-21-0276

### Title

Family presence during invasive procedures. A pilot Study

### Authors

de Mingo, Eva  
Belzunegui-Eraso, Ángel  
Medina-Martín, Guillermina  
Cuesta-Martínez, Roser  
Jimenez-Herrera, Maria

### Date Submitted

25-Jun-2021

[Author Dashboard](#)

ScholarOne Manuscripts

<https://mc.manuscriptcentral.com/nej>

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2021. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)