

LA PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LAS MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORÍA

José Manuel Asencio Gutiérrez*

*Graduado en Enfermería por la Universidad de
Sevilla

RESUMEN

Introducción. A pesar de la tendencia general a incluir la atención a la familia dentro de los cuidados habituales en los pacientes críticos, las guías internacionales de RCP parecen centradas en las técnicas y apenas ponen atención al abordaje emocional de la familia.

Objetivos. Realizar una revisión de la evidencia científica actual sobre la presencia de familiares durante la resucitación cardiopulmonar y valorar su implantación en centros hospitalarios españoles; identificar los beneficios y las consecuencias negativas derivadas de la experiencia, conocer la percepción de los familiares y los sanitarios y elaborar recomendaciones para la práctica.

Estrategia de búsqueda. Se realizó una búsqueda sistematizada en Cuiden Plus, LILACS y las bases de datos que integra el metabuscador BRAIN de la Universidad Rey Juan Carlos. Se utilizaron las siguientes palabras clave: "resucitación cardiopulmonar", "presencia familiar", "cardiopulmonary resuscitation" y "family presence".

Conclusión. La literatura científica respalda la opción de la presencia de familiares durante la resucitación cardiopulmonar como un cuidado a la familia en la atención al paciente crítico, reportando beneficios tanto para el paciente como para los profesionales que le atienden, sin que se hayan documentado experiencias negativas de tal importancia que desaconsejen su práctica.

PALABRAS CLAVE

Resucitación cardiopulmonar, presencia familiar, soporte vital avanzado

ABSTRACT

Introduction. Despite the general tendency to include relatives in daily cares of critic patients, international guidelines of CPR seem to focus on technics and barely pay attention to the emotional approachment to the family.

Objectives. Conduct a review of current scientific evidence on the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation and evaluate its implementation in Spanish hospitals; identify the benefits and negative consequences of the experience; understand the perception of relatives and health providers; develop recommendations for practice.

Search strategy. It was carried a systematized search in

Cuiden Plus, LILACS and the databases integrated into the Rey Juan Carlos University BRAIN metasearch engine. The following key words were used: "resucitación cardiopulmonar", "presencia familiar", "cardiopulmonary resuscitation" and "family presence".
Conclusion. Scientific literature support the option of family presence during CPR as a family care in the critic patient attention, reporting benefits for the patient as for the health providers, with no negative experiences documented such important to advise against its practice.

KEYWORDS

Cardiopulmonary resuscitation, family presence, advanced life support.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En este documento se presenta una revisión bibliográfica exploratoria sobre la conveniencia de facilitar la presencia de los familiares (PF) de los pacientes que están siendo sometidos a maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP). Periódicamente, asociaciones internacionales compuestas por expertos en RCP se reúnen para evaluar la evidencia más reciente y proponer cambios en los algoritmos basados en esta, con el objetivo de ofrecer la mejor asistencia posible a la víctima de la parada cardiorrespiratoria. Sin embargo, a pesar de la tendencia general a incluir la atención a la familia dentro de los cuidados habituales en los pacientes críticos, las guías parecen centradas en las técnicas a realizar a la víctima y apenas ponen atención al abordaje emocional de la familia. Para estar en condiciones de ofrecer la mejor asistencia al entorno de la víctima, en este caso el primer paso parece ser averiguar si debe promoverse la PF en un momento tan crítico. ¿Les afecta negativamente de alguna manera? ¿Ofrece esta práctica algún beneficio a la hora de enfrentar un duelo? ¿Interfiere en la calidad de las maniobras de resucitación? En el año 2000, en una publicación en *Circulation* sobre aspectos éticos de la RCP [1] parecía reflejarse el consenso en que la presencia de familiares durante la RCP debía ser una opción a decidir por los propios afectados, invitando a los profesionales a preguntarles. Según los datos recogidos entonces, apenas había evidencia en contra y ayudaba a asimilar la muerte en caso de suceder y a eliminar las dudas de si se hizo todo lo que se pudo. Además, señalaba, les hacía sentir útiles y reducía la depresión y la ansiedad. Hacia el año 2010, un artículo del Grupo de Bioética de la SEMICYUC (Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar[2]) aportaba más evidencia a esa recomendación, pero la restringía a ámbitos de urgencias por considerarse, según un estudio realizado en un entorno de simulación, que en este contexto podría influir negativamente en las maniobras de resucitación. Además, indicaba que sería deseable que el personal se sintiera libre de pedir a la familia que abandone el escenario puntualmente.

En ese mismo año se elaboraron las nuevas guías de la European Resuscitation Council (ERC) y la American Heart Association (AHA). Dentro del contenido relativo a la ética [3,4], dedicaron unas líneas a la PF durante la RCP.

En ellas se hacía referencia a un cambio en la actitud de los profesionales, que están más dispuestos a permitir la presencia o la participación de la familia en la atención de la víctima, debido a supuestos efectos beneficiosos y a la ausencia de evidencia en contra. Se recoge un estudio [4] a favor de ofrecer la posibilidad de presenciar la RCP tanto en pacientes adultos (nivel de evidencia IIa, grado de recomendación C) como en pediátricos (nivel de evidencia I, grado de recomendación B). Han pasado cinco años desde la publicación de las guías 2010 de la ERC y la AHA. Este trabajo tiene como objetivo general actualizar la información en cuanto a la presencia de familiares durante las maniobras de RCP y valorar su implantación en hospitales españoles. Los objetivos específicos son:

- Identificar los principales beneficios y consecuencias negativas de la PF.
- Aproximarnos a la percepción de los familiares y del equipo asistencial.

- Identificar las claves para que la experiencia sea positiva para los familiares y el equipo.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión sistemática exhaustiva de la bibliografía reciente, llevada a cabo en marzo de 2015.

1. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN

Para la revisión de la literatura fueron utilizadas fuentes de información secundarias. En Cuiden Plus y LILACS se hicieron dos búsquedas en español, y otras en inglés a través del metabuscador BRAIN (Buscador de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación) de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, que integra Academic Search Premier, CINHALL plus con texto completo, Libros electrónicos de Medicina en español (Elsevier), Medline (EBSCO), Pubmed, PsycArticles, PsycInfo, Science Direct, SCOPUS y Web of Science (WOS).

Estrategia de búsqueda:

Concepto clave		Sinónimos	
Resucitación cardiopulmonar		Reanimación cardiopulmonar, maniobras de resucitación	
Presencia de la familia			
Término	Traducción	DeCS	MeSH
Resucitación cardiopulmonar	Cardiopulmonary resuscitation	Resucitación Cardiopulmonar	Cardiopulmonary Resuscitation
Reanimación cardiopulmonar	Cardiopulmonary reanimation		
Maniobras de resucitación	Resuscitation maneuvers		
Presencia de la familia	Family presence	-	-

Búsqueda realizada en Cuiden Plus (1):

Resucitación Cardiopulmonar AND presencia familiar

Búsqueda realizada en LILACS (2):

Resucitación Cardiopulmonar AND presencia familiar

Búsqueda con metabuscador Brain

(49):Cardiopulmonary Resuscitation AND family presence

Filtros activos: Todas las búsquedas se limitaron por fecha a los últimos 5 años (marzo de 2009 a marzo de 2015) y a disponibilidad de texto completo en línea. En el metabuscador BRAIN, además, se filtró por materias

(family) se limitó a artículos procedentes de publicaciones académicas, incluyendo revisión por pares y excluyendo artículos de prensa

2. MÉTODO DE SELECCIÓN

Los **criterios de inclusión** dentro de la búsqueda quedan definidos en los filtros utilizados durante la búsqueda: publicaciones posteriores a marzo de 2009, disponibles en texto completo en línea, procedentes de publicaciones académicas y centradas en la atención a

familiares.

Criterios de exclusión: Diferencias culturales extremas respecto a la enfermedad y la muerte e idioma diferente a español o inglés. Ningún artículo localizado fue excluido finalmente por motivos culturales. Se descartaron 2 artículos, uno en alemán y otro en francés. Fueron seleccionadas 17 publicaciones para la revisión de aquellos artículos que, tras la lectura del título y el resumen, podían proporcionar información útil para resolver a la pregunta de investigación, independientemente del nivel de evidencia. Tras guardar en Refworks las referencias útiles para la revisión (22 de 52) se eliminaron los artículos duplicados (3), quedando finalmente 19 para su posterior análisis.

3. MÉTODO DE EVALUACIÓN

Validez metodológica: Se evaluaron 17 artículos con diferentes metodologías. En este trabajo se pretende analizar revisiones y originales de tipo cualitativo, cuantitativo y mixto, porque al ser una investigación exploratoria perteneciente a la esfera psicosocial, quizás resulte más útil para la práctica clínica arrojar luz sobre cuál es tendencia general según la literatura reciente, aunque sea en perjuicio de la precisión en las conclusiones. Tanto para la discusión como para las conclusiones fueron tenidos en cuenta los posibles fallos en la validez interna de los artículos, como la posibilidad de que existan fenómenos que pudieran llevar a otras conclusiones con los mismos resultados, como la validez externa por ser un tema, a priori, muy dependiente de factores socioculturales, partiendo de que ni uno sólo de los trabajos revisados se basa en estudios llevados a cabo en España, país en el que se redactan y se pretenden aplicar las conclusiones de este trabajo. **Validez interna:** congruencia en la relación observación-resultados y resultados-conclusiones. **Validez de constructo:** universalidad de los términos utilizados. **Validez externa:** representatividad de las muestras, antigüedad de la bibliografía utilizada, contexto cultural donde se llevaron a cabo las investigaciones.

4. LIMITACIONES

La revisión restringida a las publicaciones disponibles a texto completo en línea y la variabilidad de las metodologías utilizadas en los artículos revisados suponen una limitación de este trabajo. La escasez de publicaciones recientes que compartan metodología hace preferible, a ojos del autor, la selección de trabajos variados que permitan dilucidar una tendencia general de la literatura científica, a pesar de resultar menos precisa. Otra limitación son las posibles interferencias culturales en las conclusiones, que pudieran derivarse del hecho de que la mayor parte de la evidencia aportada por las publicaciones procede de EE.UU. Se debe tener en cuenta que en algunos países, entre los que EE.UU. está incluido, la palabra 'resuscitación' puede hacer referencia a los procedimientos invasivos propios de cada emergencia, además de las maniobras de RCP.

RESULTADOS

Se revisaron siete artículos de EE. UU, dos de Australia y uno de cada uno de los siguientes países: Reino Unido, Brasil, Francia, China, Israel, Chile, Colombia y Alemania. La mayor parte de la bibliografía recogida en las publicaciones de estos países procede de Estados Unidos. Fueron valoradas 7 revisiones bibliográficas, 5 estudios cualitativos, 2 estudios cuantitativos y 3 estudios de tipo mixto.

DISCUSIÓN

Beneficios reportados
De la bibliografía consultada se extraen beneficios demostrados para todos los que participan en la experiencia.

- Para el paciente:
La PF parece reconfortar a los pacientes que sufren los procedimientos invasivos propios de las salas de emergencias, proporcionándoles tranquilidad [5-7]. Además, la PF favorece la profesionalidad de los miembros del equipo y se aplican cuidados más humanizados [6-10]. 8

- Para los familiares:
La evidencia señala más beneficios para los familiares de los pacientes que para estos mismos o para los profesionales. Uno de los más reportados es la reducción de la ansiedad en comparación con la espera en una sala o en el pasillo [5,7,8,11,16,17]. En relación directa parece estar la desaparición del sentimiento de abandono [7,9,12], la explicaciones que reciben de los profesionales sobre lo que se está haciendo [5,12], la sensación de control que les produce estar presentes en lo que pueden ser los últimos momentos del paciente y ser preguntados por el cese de los esfuerzos terapéuticos [7], y conocer de primera mano que se ha hecho todo lo posible [7,9,10,12,14,15,20].

Uno de los estudios revisados defiende que no es la ansiedad lo que se reduce sino la tasa de duelo complicado y depresión [13]. La posibilidad de estar presentes durante la atención al paciente crítico les permite entender mejor el estado del mismo [7,9,10,12,14] y les facilita el duelo favoreciendo la aceptación [5,7,9-13,15]. El afrontamiento parece mejorar cuando, además de ser libres de entrar, lo son para salir cuando lo creen oportuno [7]. Se han reportado menores tasas de estrés postraumático e imágenes intrusivas en los familiares que pasaron por esta experiencia [11,12]. Una de los artículos, basado en encuestas guiadas por un psicólogo, demuestra que estos efectos perduran un año después [13]. La PF tiene además un efecto positivo en las relaciones intrafamiliares [6,9,12].

- Para los profesionales sanitarios:
Durante la experiencia, los familiares son testigos del trabajo en equipo y de que se hace todo lo posible, lo que aumenta la confianza en el personal que atiende al paciente [5,8]. Como consecuencia, las enfermeras perciben una disminución de la agresividad de los familiares debido a que son conscientes de la intención de ayudar [12]. La PF puede ayudar a mejorar la imagen de la profesión enfermera [7]. La PF permite al equipo sanitario obtener rápidamente información relativa al paciente, ya que puede consultar directamente a la familia [8,9].

Consecuencias negativas

• Para el paciente:

Uno de los estudios, llevado a cabo en Alemania, recoge que la PF aumenta los tiempos en reanimación y en la primera desfibrilación, además de experiencias negativas relativas a amenazas y agresiones contra el personal sanitario [19]. Ningún artículo de los revisados refiere consecuencias parecidas (en el caso de la agresividad de los pacientes, hay evidencia justamente en el sentido contrario [12]), pero a pesar de que el propio estudio reconoce baja representatividad es un indicio que tener en cuenta.

• Para los familiares:

Por lo general, los artículos revisados no reflejan consecuencias negativas derivadas de la PF. Hay evidencia que soporta, grosso modo, la ausencia de problemas ocasionados por la experiencia [8,14,17]. No hay evidencia de daño psicológico a la familia [7,12].

• Para los profesionales sanitarios: Algunos de los artículos revisados recogen consecuencias negativas para los profesionales como consecuencia de la PF, siendo estas menores que los beneficios que reporta su práctica.

Los principales son la distracción del equipo debido a las preguntas que hace la familia y a la sensación de desmayo inminente por parte de estos. Además, la PF interfiere con uno de los mecanismos de afrontamiento del personal sanitario, el humor, que puede percibirse como ofensivo por parte de los familiares [15]. La evidencia no respalda el miedo de los profesionales a las demandas judiciales [10], a pesar de que la PF puede provocar un aumento del estrés entre estos [6,8,11,17]. Este es uno de los asuntos que más les preocupa [6,8-10,14,19].

Percepción de los familiares

Independientemente de las preferencias personales, existe un fuerte deseo por parte de los familiares de tener la oportunidad de estar presentes [5-8,10-12,15-17,20]. Es considerado un derecho fundamental de los pacientes y de las familias [6,9,11,12,17]. El apoyo a la PF es mayor en el caso de que el paciente sea un niño [2,7,12,15,20], cuando el familiar ya ha estado presente en otro caso [7], cuando los familiares pertenecen a profesiones sanitarias y cuando son preguntados mientras están viviendo de cerca una emergencia real [20]. La PF tiene más apoyo entre los familiares que entre los pacientes, sobre todo en aquellos más mayores, aunque la mayoría esté a favor en ambos casos [20]. Por lo general, las mujeres son más favorables a la PF que los hombres, siendo su preocupación principal sentir demasiado dolor, a diferencia de ellos, que temen distraer al equipo u ocupar espacios necesarios para la asistencia [20]. Los familiares, en general, sienten que tienen que cumplir con tres roles:

- Defensores del paciente. Comprobar que se hace todo lo que se puede, que el equipo está haciendo su trabajo. Es más notable cuando el paciente es un niño [6-8]. No estar presentes puede provocarles sensación de abandono [7,9,12].

- Acompañantes. Necesidad de cercanía y, si es posible, contacto físico para dar apoyo emocional. También es más notable cuando el paciente es un niño [5,7,8,12,15,16,20]. La distancia impuesta les produce ansiedad o traumas emocionales [5,7,11].

- Informadores. Estar disponible para transmitir al equipo sanitario cualquier dato que precise sobre el paciente y

los momentos previos a la emergencia [8,9]. Uno de los diecisiete artículos revisados concluye que los familiares tienen una percepción negativa de la PF [18], pero las limitaciones derivadas de la metodología que utiliza no hacen posible posicionarlo en el mismo nivel de evidencia que el resto de las publicaciones consultadas. Si los familiares pertenecen a una profesión sanitaria tienen a percibir más beneficios derivados de esta experiencia [17]. Probablemente esto explique que los profesionales traten de manera diferente a los familiares si estos también son trabajadores sanitarios [11]. Percepción de los profesionales sanitarios De la literatura consultada se extrae que el personal sanitario, por lo general, percibe la PF como un cuidado orientado a los familiares, siendo consciente de que puede impactar de manera positiva en estos en momentos críticos [5,6,9-12,14,17], a pesar de que es una práctica que puede aumentar el estrés de los miembros del equipo [6,11,17].

Dos de los estudios revisados, uno llevado a cabo en Alemania y otro en Israel, reflejan una percepción negativa de los profesionales ante la PF, aunque ambos artículos reconocen algunas limitaciones metodológicas [18,19].

Los temores más comunes entre los profesionales con respecto a la PF son:

- Ocasionar daño psicológico [5,6,8,9,11,12,14,19]. Tienen miedo a que la situación sea demasiado dolorosa para los familiares. Es un temor que no está respaldado por la evidencia [7,12]. La PF contribuye a disminuir la ansiedad de los familiares [5,7,8,11,16,17], a facilitar el duelo [5,7,9-13,15] y a reducir la tasa de estrés postraumático y depresión en comparación con aquellos que no estuvieron presentes [11,12].

- Aumento de las demandas judiciales [6,8-10,14,19]. Es una de las grandes preocupaciones de los profesionales. Los sanitarios manifiestan miedo a que los familiares malinterpreten su actuación, creyéndola errónea [9,14]. Investigaciones sobre el tema no respaldan este temor [10].

- Distracciones que induzcan a errores [8,9,11,12]. Temen que las preguntas de los familiares y sus reacciones ante la situación afecte a la calidad de la asistencia. Es un miedo que no parece estar respaldado por los estudios publicados [7,12]. Los familiares son conscientes de que distraer al equipo va en perjuicio de la salud de su ser querido [8]. Es más, es un miedo en común con los familiares [20].

- Empeoramiento de la calidad de la atención y aumento de los tiempos [5,7,19]. Uno de los estudios revisados reporta un aumento significativo de los tiempos en la atención intraparada [19]. No se han encontrado consecuencias negativas de la PF en la calidad de la asistencia cuando hay un protocolo establecido [5,7].

- Impacto en sus propias estrategias de afrontamiento [15,19]. Algunos profesionales temen que la PF afecte a su manera de hacer frente a la situación, usar el humor - que podría entenderse como ofensivo - o tomar distancia. La PF les recuerda que se está actuando con personas, y a priori parece que provoca un cambio en la actitud del equipo, ya que se percibe un aumento de la profesionalidad y de la humanización de los cuidados [6-10].

- Reacciones de los familiares [9,12,19]. Tienen miedo a reacciones violentas, agresiones físicas y amenazas. No

parece ser un temor mayoritario, y no va en la línea de lo publicado hasta la fecha. La revisión sugiere que la PF aumenta la confianza en el personal encargado de atender al paciente [5,8] y contribuye a mejorar la imagen de la enfermería [7]. También refleja que con la PF las enfermeras perciben una disminución de la agresividad en los familiares porque son testigos de que lo que se ha hecho y de la intención real de ayudar [12]. La percepción de los profesionales sobre la PF no es homogénea. La enfermería parece estar más abierta a esta práctica que los médicos [9, 18], y la edad y la experiencia de los sanitarios también pueden influir en la actitud frente a la PF, aunque los dos estudios que comentan esta correlación ofrecen resultados contradictorios, a priori [5,17].

Otros dos estudios entran en contradicción en cuanto a la percepción de la PF, indicando uno que el personal de enfermería la percibe como más beneficiosa y está más abierto a que los propios familiares [17] y otro justo lo contrario [18], teniendo ambos estudios limitaciones importantes en su metodología.

Recomendaciones

Fueron identificados tres requisitos clave para poder integrar la PF como un cuidado familiar más, sin los cuales la experiencia no podría reportar beneficios para estos, e incluso llegar a ser negativa:

- La existencia de guías, protocolos y apoyo institucional [5-7,9-12,14-16, 18, 19]. No son pocos los artículos revisados que recomiendan el establecimiento de protocolos para dejar claras las competencias de cada miembro del equipo y evitar improvisaciones [5,10]. Estos documentos deben reflejar, entre otras cosas, el número máximo de familiares en sala [14]. El personal sanitario parece más favorable a la PF cuando existe un protocolo [7,14,18,19]. De los centros hospitalarios se espera apoyo para su implantación, y que tengan en cuenta el espacio para los familiares a la hora de diseñar o rediseñar las salas de emergencia [16].
- La figura del facilitador o responsable de la familia [5,6,9,10,12-15,16]. Para que la PF se desarrolle sin problemas es necesario designar a una persona como responsable que preferiblemente no participe directamente en los cuidados del paciente [7,10]. Entre las tareas de esta figura está seleccionar a los familiares que pueden entrar según determinados requisitos [5,6,12,21], documentar los motivos por los que se impide la entrada [5], preparar a la familia para lo que va a ver y

tratar de estabilizarles emocionalmente antes de entrar [6,12], contestar a las preguntas y explicar los procedimientos que se están llevando a cabo [5,6,9,10,12,13,16], ofrecer medidas de confort [5,6], velar por la seguridad del personal sanitario [5,9] y favorecer la investigación sobre la percepción de todos los participantes en la experiencia [5,17]. No hay consenso sobre el perfil adecuado para la figura del facilitador. En un artículo se indica que puede ser cualquier persona que haya sido entrenada [9] y en otro se recomienda que sea personal sanitario, para que pueda describir con más precisión los procedimientos a los que está siendo sometido el paciente [15]. Enfermería parece ser la profesión más adecuada para ocupar este lugar [6,12].

- Entrenamiento del personal sanitario [5-7,10,17,18]. Parece clara la necesidad de introducir programas de entrenamiento, que además de preparar a los trabajadores favorecen el apoyo a esta práctica [7,10], e incluso un artículo sugiere la implantación de la PF en emergencias como un cuidado familiar más dentro de los planes de estudio universitarios [5].

CONCLUSIÓN

La literatura científica respalda la opción de la PF como un cuidado a la familia en la atención al paciente crítico, reportando además beneficios tanto para el paciente como para los profesionales que le atienden, sin que se hayan documentado experiencias negativas de tal importancia que desaconsejen su práctica. Los temores más frecuentes por parte de los miembros del equipo sanitario no están respaldados por la evidencia, y en ocasiones responde a actitudes paternalistas que, aún cargadas de buena intención, terminan suponiendo una barrera a lo que muchos familiares consideran el ejercicio de un derecho. Para el éxito de la experiencia y la aceptación de la práctica por parte del personal son clave el entrenamiento de los profesionales, la figura del responsable de la familia y el establecimiento de protocolos, así como las políticas institucionales de fomento de la PF. Son necesarios más estudios sobre esta cuestión para su implantación, sobre todo desde el punto de vista cultural, debido a la escasez de investigaciones recientes realizadas en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 2: ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000;102(8):112-21.
2. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Medicina Intensiva* 2010;34:534-549.
3. Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2010 10;81(10):1445-1451.
4. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122(3):S665-S675.
5. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. *Revista Paulista de Pediatria* 2014;32(1):107-113.
6. Balogh-Mitchell C. Is It Time for Family Presence During Resuscitation in the OR? *AORN J* 2012;96(1):14-25.
7. McAlvin S, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *American Journal of Critical Care* 2014;23(6):477-484.
8. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses* 2013;20(2):77-85.

9. Fell OP. Family Presence During Resuscitation Efforts. *Nurs Forum* 2009;44(2):144.
10. Porter J, Cooper S, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *INTERNATIONAL EMERGENCY NURSING* 2014;22(2):69-74.
11. Achury Saldaña, D., Arango, O., García Laverde, G., Herrera Zerrate, N. Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2012;14(1).
12. Hodge AN, Marshall AP. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Collegian* 2009;16(3):101-118.
13. Jabre P, Galinski M, Pinaud V, Destefano C, Normand D, Beltramini A, et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med* 2014;40(7):981-987.
14. Lowry E. "It's Just What We Do": A Qualitative Study of Emergency Nurses Working with Well-Established Family Presence Protocol. *Journal of Emergency Nursing* 2012;38(4):329-334.
15. Shaw K, Ritchie D, Adams G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. *Intensive & Critical Care Nursing* 2011;27(5):253-262.
16. Hung MSY, Pang SMC. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J Adv Nurs* 2011;67(1):56-67.
17. Dall'Orso MS, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: La mirada de enfermeros y familiares. *Ciencia y Enfermería* 2013;18(3):83-99.
18. Itzhaki M, Bar-Tal Y, Barnoy S. Reactions of staff members and lay people to family presence during resuscitation: the effect of visible bleeding, resuscitation outcome and gender. *J Adv Nurs* 2012;68(9):1967-1977.
19. 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):241-250.
20. Dwyer TA. Predictors of public support for family presence during cardiopulmonary resuscitation: A population based study. *Int J Nurs Stud* 2015 6;52(6):1064-1070.
21. Leske JS, McAndrew NS, Evans CD, Garcia AE, Brasel KJ. Challenges in conducting research after family presence during resuscitation. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses* 2012;19(3):190-194.