

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: PRESENCIA DE LA FAMILIA
DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA
Y DESASTRES**

AUTOR: Lic. Kristyn Mirelly Gil Julca

Chiclayo, 04 de Julio de 2016

**REVISIÓN CRÍTICA: PRESENCIA DE LA FAMILIA
DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

POR:

Lic. Kristyn Mirelly Gil Julca

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título Profesional de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA
Y DESASTRES**

APROBADO POR:

Lic. Mariela de los Milagros Musayón Urbina

Presidente de Jurado

Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda

Secretaria de Jurado

Mgtr. Rosío del Pilar Mesta Delgado

Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 04 de Julio de 2016

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO	15
1.1 Tipo de investigación	15
1.2 Metodología EBE	15
1.3 Formulación de la Pregunta según esquema PICOT	18
1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta	18
1.5 Metodología de Búsqueda de Información	19
1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro	23
1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados	25
CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO	26
2.1 Artículo para Revisión	26
2.2 Comentario Crítico	31
2.3 Importancia de los resultados	36
2.4 Nivel de evidencia	37
2.5 Respuesta a la pregunta	38
2.6 Recomendaciones	39
CAPÍTULO III: PROPUESTA	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	47

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar a mi lado en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi amado esposo por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos muy difíciles siempre ha estado brindándome todo su apoyo, comprensión y amor

A mis amados hijos Ethan Smith y Evans André por ser mi motivación e inspiración para poder superarme cada día mas y así poder luchar para que la vida nos depare un mejor futuro.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en formación, tanto académica, como de mi vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A mi profesora Mg. ROSIO DEL PILAR MESTA DELGADO por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional y para la elaboración de esta investigación.

Mirelly

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mi en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

Su afecto y cariño son detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ustedes. Aun a su corta edad, me han enseñado y me siguen enseñando muchas cosas de la vida. Les agradezco por ayudarme a encontrar el lado dulce y no amargo de la vida. Fueron mi motivación más grande para concluir con éxito este trabajo de investigación. Gracias a los niños de mi corazón

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Mg Rocío Mesta Delgado, y miembros del jurado Lic. Aurora Zapata Rueda, Lic. Mariela Musayón Urbina por aceptarme para realizar este trabajo de investigación bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas, mas sus aportes invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

Mirelly

RESUMEN

Parada Cardiorrespiratoria es la situación de máxima urgencia vital, que mediante un conjunto de maniobras conocidas con el nombre de Reanimación Cardiopulmonar, es reversible. La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando una persona ha dejado de respirar y el corazón ha cesado de palpar. Esto puede suceder por diversas causas: después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco, ahogamiento o cualquier otra circunstancia que ocasione la detención de la actividad cardíaca. Las maniobras de resucitación tanto básicas como avanzadas, que se utilizan ante una Parada Cardiorrespiratoria, están centradas en conseguir el restablecimiento inmediato de la respiración y la circulación del paciente, manteniendo en lo posible la función cerebral. El objetivo de este proyecto es describir el significado que tiene para el personal de enfermería realizar las maniobras de RCP en presencia de la familia. Se utilizaron palabras claves como: reanimación cardiopulmonar, paro cardíaco, presencia de la familia, etc de los cuales a través de la Biblioteca Virtual en Salud se buscó su sinónimo tanto en inglés como portugués y en diferentes bases de datos: Pubmed, IME, CINHALL e IBECS durante el periodo 2010 y 2014 y sin limitación de idioma, se utilizó un total de 12 artículos siendo seleccionados solamente 9 los cuales pasaron la Lista de Validación de Gálvez Toro, luego se empleó la Lista de Validación Aparente de Bobenrieth Astete para el comentario crítico determinando un nivel de evidencia y recomendación alto para la investigación seleccionada, obteniendo como resultado positivo considerándose beneficiosa y para la toma de decisiones. Es por ello que el presente trabajo de investigación basado en evidencia requiere la necesidad de que se establezca protocolos y/o guías de atención que permitan la presencia del familiar directo ante una parada cardíaca que daría inicio a una reanimación cardiopulmonar que seguramente resultarían beneficiosa tanto para el personal de salud, paciente y la familia.

Palabras clave: Paro cardíaco, reanimación cardiopulmonar, presencia del familiar, servicio de emergencia.

ABSTRACT:

Cardiopulmonary Resuscitation is the situation of maximum vital urgency that through a series of maneuvers known as the CPR, is reversible. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is an emergency procedure to save lives that is used when a person has stopped breathing and the heart has stopped beating. This can happen for various causes: after electric shock, heart attack, drowning or any other circumstance that results in the arrest of cardiac activity. The resuscitation maneuvers both basic and advanced, used to a Cardiopulmonary Resuscitation, are focused on getting the immediate restoration of breathing and the patient's circulation, by keeping brain function. The objective of this project is to describe the meaning for nursing staff perform CPR in the presence of the family. cardiopulmonary resuscitation, cardiac arrest, family presence, etc of which through the Virtual Health Library synonym he was sought in both English and Portuguese and in different databases: PubMed, IME, CINAHL keywords as were used and IBECs between 2010 and 2014 without limitation language, a total of 12 items being selected only nine of which passed the validation list Gálvez Toro was used, then the Validation List Apparent Bobenrieth Astete was used for comment critical determining a high level of evidence and recommendation for selected research, obtaining a positive result considered beneficial and decision-making. That is why this research based on evidence requires the need for protocols and / or care guides that allow the presence of the immediate family to a cardiac arrest that would begin cardiopulmonary resuscitation likely result beneficial establish both health personnel, patient and family.

Keywords: cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, presence of family, emergency service.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo, y representan en la actualidad, un problema de salud pública mundial. Ya que estas enfermedades comienzan a desarrollarse desde la infancia, y pueden en la edad adulta presentarse de manera súbita con un paro cardiorrespiratorio como primer, único y último síntoma, produciendo un impacto negativo en nuestras sociedades. Ello se debe a que existen factores de riesgo, que influyen directamente en las personas, como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el nivel alto de colesterol, obesidad, sedentarismo y estrés, aumentando con ello la incidencia de muerte súbita o paro cardiorrespiratorio.

El Paro Cardiorespiratorio es una de las causas principales de morbimortalidad intrahospitalaria a nivel mundial, constituyendo un problema social, sanitario y económico de gran magnitud. El Paro Cardiorespiratorio es fácil de identificar y precisa de una detección temprana y manejo por un equipo altamente capacitado que combine acciones mecánicas, ventilatorias y farmacológicas para lograr restablecer la circulación espontánea, lo que se conoce como Reanimación Cardiopulmonar. Existe una diversidad de guías para la Reanimación Cardiopulmonar. Entre estas la guía de la American Heart Association, la cual provee certificación para Soporte Vital Básico en Reanimación Cardiopulmonar¹.

Así mismo es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas, desde el punto de vista asistencial se tiende a considerar como una entidad única denominada parada cardiorrespiratoria. La interrupción de una de las dos funciones vitales lleva rápida indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta. En el paro cardíaco la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace boqueante y acaba deteniéndose del todo al cabo de 30 a 60 segundos².

Para lo cual el equipo de salud realiza un conjunto de medidas aplicadas a restaurar circulación para generar un flujo sanguíneo vital permitiendo el aporte de oxígeno y energía al corazón y el cerebro. Se distinguen tres niveles:

1. Reanimación cardiopulmonar básica (soporte vital básico): Conjunto de maniobras destinadas a mantener la función circulatoria y respiratoria, mediante el uso de compresiones torácicas externas y aire espirado desde los pulmones de un reanimador. Se emplean métodos que no requieren tecnología especial: Realizar masaje cardíaco externo y apertura de la vía aérea con las manos del reanimador y brindar apoyo ventilatorio con respiración Boca a Boca. Se realiza sin equipamiento, excepto accesorios como la Bolsa de resucitación (Mascara-válvula bolsa) para evitar el contacto directo boca - boca o boca-nariz. El reconocimiento de la importancia de la desfibrilación precoz para el paciente adulto con paro cardíaco comprobado ha llevado al empleo del desfibrilador automático externo (DAE) por los proveedores tradicionales de RCP básica³.

2. Reanimación cardiopulmonar avanzada (soporte vital cardíaco avanzado): debe ser la continuación del soporte vital básico. En este caso se emplean el desfibrilador convencional, el acceso vascular, la intubación orotraqueal, la ventilación mecánica si lo requiere, asimismo se administra oxígeno y fármacos³.

3. Cuidados post-reanimación: conjunto de intervenciones que se realizan con la finalidad de mantener la ventilación y circulación sanguínea restablecidas mediante maniobras de RCP. Usualmente los cuidados post-reanimación se continúan en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La eficacia de las técnicas de soporte vital está fuera de duda. Las posibilidades de supervivencia a un PCR se establecen en diversas series entre el 0 y el 21%, llegando a alcanzarse cifras tan elevadas como el 44% en fibrilaciones ventriculares o el 42% en casos exclusivamente intrahospitalarios. Solo un 20% de los pacientes que recuperan un ritmo cardíaco efectivo tras la resucitación cardiopulmonar son dados de alta del hospital sin secuelas neurológicas⁴.

Estar presente durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) puede ayudar al miembro de la familia a entender que todo lo posible para que el paciente vuelva a la

vida ha sido implementado. Además a calmar sospechas acerca de los esfuerzos de reanimación detrás de puertas cerradas y las expectativas poco realistas de estos esfuerzos, la presencia del miembro de la familia puede ofrecer la oportunidad de un último adiós y ayudar a esa persona comprender la realidad de la muerte, con la esperanza de que el proceso de luto no sea prolongado o complicado por el duelo patológico o el desorden de estrés post-traumático / post-traumatic stress disorder (PTSD) / Sin embargo, las ventajas y los inconvenientes de la presencia de la familia durante la reanimación se han sostenido desde que fue propuesto en 1987. De hecho, los beneficios potenciales debe sopesarse contra la posibilidad de estrés inducido en el cuidado de la salud provisto y un aumento de la carga emocional de los familiares, así como el riesgo de demandas legales.

En el Perú el Modelo Integral de Salud respalda la incorporación de la familia en cada una de las acciones de salud de los distintos programas. Uno de los pilares es el concepto de “Cuidado centrado en la familia”, reforzando así para enfermería las bases holísticas de la práctica del cuidado, ya que no es sólo entregado a los pacientes, sino que al grupo familiar o redes de relaciones que tienen los pacientes⁵.

Pensando en ello existen diferentes flujogramas de atención a pacientes en estado de emergencia que requieren reanimación cardiopulmonar, por ello la participación de enfermería en este campo es fundamental, ya que presta cuidados de calidad, desarrollados bajo protocolos avalados internacionalmente, que demandan un proceder singular según las condiciones del paciente y no descuida a los familiares que están expectantes y deseosos que se les responda al sinnúmero de interrogantes que les surgen en base al por qué de lo que están viendo y de lo que le podría significar a futuro. Los enfermeros reanimadores que se desempeñan en el área de emergencia han sabido responder exitosamente a esta demanda, enmarcando su actuar dentro del cuidado humanizado, realizando procedimientos con altos estándares de calidad.

La presencia familiar durante las maniobras de reanimación, es un tema de controversia. La idea de que un miembro de la familia esté presente durante la reanimación cardiopulmonar es apoyada y respaldada por diversas organizaciones

internacionales, como la Emergency Nurses Association (ENA), la American Heart Association (AHA)⁶.

Existen investigaciones acerca de la presencia familiar, definida como la presencia y participación de uno o más miembros de la familia en el área del cuidado del paciente, en un lugar que le/s permita el contacto visual y/o físico con el paciente durante las maniobras de reanimación. Estudios modernos publicados reportan que cerca de 1.000.000 de personas mueren de Paro Cardíaco cada año. En Europa y Estados Unidos muere una persona cada 30 segundos por dicha causa¹.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte no relacionada con traumatismo. Se estima que la muerte súbita por causas cardiovasculares abarca el 50 a 70% de las muertes en dicho grupo de enfermedades. Se reporta que entre un 0.4% y un 2% de los pacientes hospitalizados y hasta un 30% de los fallecidos requieren de maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.

Las estadísticas de AHA (American Heart Association) revelan que la sobrevivencia aumenta cuando se realiza RCP precoz y efectiva. El conocimiento y las habilidades prácticas teóricas del Soporte Vital Básico (SVB) y el Soporte Vital Avanzado (SVA) se encuentran entre los factores más determinantes de las tasas de éxito en Reanimación Cardiopulmonar (AHA 2010)⁷.

El Minsa advirtió que el principal factor de riesgo está en mayores de 30 años y Lima presenta la mayor cantidad de decesos. Más de 4 mil personas, desde los cero años, mueren cada año en el Perú debido al infarto al miocardio y el principal factor de riesgo se encuentra en individuos mayores de 30 años, especialmente fumadores o con problemas de hipertensión, diabetes y obesidad.

El Ministerio de Salud (Minsa) informó que Lima como región presenta la mayor cantidad de decesos por infarto, con más de 2 mil casos anualmente. En tanto, hasta julio pasado, se registraron 479 atenciones por infarto al miocardio en hospitales del sector a nivel nacional. En Lima se reportó la mayor cantidad de intervenciones (246), seguido por La Libertad (35) y la región Callao (27)⁵.

Considerando las estadísticas que se presentan frente a la Parada Cardíaca , y evidenciando las numerosas situaciones clínicas en las que el servicio de emergencia del Hospital Regional Lambayeque afronta durante las 24 horas de atención es que nos hacemos distintos cuestionamientos sobre si es o no beneficiosa la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar; debido a que como personal de salud estamos sometidos a estrés, presión y demostración de su experiencia, en entornos desafiantes, caracterizados por el espacio estrecho, falta de apoyo clínico y presencia de familiares deseosos que se reestablezca lo antes posible la condición de su ser amado, lo que harían pensar que es extremadamente difícil y casi insostenible la ejecución de maniobras de calidad, sin embargo, es posible a pesar de lo determinante que puede llegar a ser la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar acompañada por familiares.

Debido a que el cuidado de enfermería en el marco del manejo integral del individuo, ha centrado gran parte de sus actividades en la incorporación, atención y satisfacción de las necesidades de la familia, de manera que estas intervenciones cobran una importancia significativa y se convierten en uno de los pilares fundamentales en el desempeño profesional de la/el enfermera/o.

Debido a ello el papel de enfermería es decisivo en estas situaciones, y sus conocimientos sobre la RCP tienen que formar parte de su bagaje profesional, manteniéndose en una continua actualización. La actuación de los profesionales sanitarios en situaciones de emergencia está regulada por numerosa normativa ético-legal. Las decisiones tomadas en estas circunstancias han de ser reflexivas, precisas y rápidas; por lo tanto los conocimientos actualizados combinados con la práctica y materiales adecuados pueden evitar muchas muertes y así prolongar la vida.

Teniendo en cuenta que unas de las principales necesidades de la familia es el contacto con el ser querido y el conocimiento de saber si se esta realizando hasta lo imposible por recuperar la salud de su paciente, es allí en donde se convierte entonces en una necesidad esencial; sin embargo, este tema sigue causando bastante controversia en el ámbito hospitalario.

Es por ello que el presente trabajo de investigación basado en evidencia enfatiza la necesidad de que se establezca protocolos y/o guías de atención que permitan la presencia del familiar frente a la reanimación cardiopulmonar que seguramente resultarían beneficiosa tanto para el personal de salud, paciente y la familia. (cuadro N°01)

Teniendo como objetivos de la revisión:

- Describir el significado que tiene para el personal de enfermería realizar las maniobras de RCP en presencia de la familia.
- Analizar la efectividad de la presencia de la familia durante a Reanimación cardiopulmonar

La reanimación cardiopulmonar ha sido considerada por mucho tiempo una situación estresante, en la cual se debe restringir la presencia del familiar; sin embargo con el transcurrir del tiempo y las tendencias actuales del cuidado que destacan la importancia de la familia y la satisfacción de sus necesidades, se hace imprescindible la apertura de estos espacios a la presencia del familiar.

Es sabido que en bastantes ocasiones no es posible la presencia de un profesional de la salud cuyo único papel sea responsabilizarse del cuidado de los miembros de la familia, aunque esto no deberá ser óbice para excluir a los familiares del proceso de resucitación. En lugar de esto un miembro experimentado del equipo de reanimación, que en ese momento no este implicado activamente en la RCP, puede ser designado por el equipo para responsabilizarse del cuidado de los familiares.

De esta manera, en el marco de las tendencias actuales del cuidado centrado en la familia, el profesional de enfermería, como parte esencial del equipo de salud, tiene la labor de planificar y centrar sus cuidados en la satisfacción de las necesidades del paciente y su familia, mediante la apertura de diferentes espacios que favorezcan un contacto más cercano y la obtención de una mayor información ; sin embargo a pesar del conocimiento que se tiene sobre ello, estas necesidades son desatendidas por las diversas limitaciones que establecen factores como el espacio, las percepciones que

tiene el personal de salud, el estado emocional de los actores implicados y los protocolos y guías de manejo por eso es necesario dar a conocer lo que reportan estas investigaciones.

Con este enfoque los dos pilares fundamentales en los que se sustenta crear protocolos o guías para atención del paciente frente a RC; en este Plan Hospitalario implicaría el compromiso de formar al primer interviniente enfermera de sala y dotar de un equipamiento técnico estandarizado y homogéneo a las unidades de hospitalización, especialmente en lo referente a desfibriladores, carro de parada y medicación. La segunda noción exige la creación de un Equipo de Soporte Vital Avanzado mixto, y de una alarma general de RCP que lo active y movilice al lugar del evento para continuar y completar la RCP iniciada.

Con la implementación de una guía, protocolo y/o plan hospitalario permitiría la atención eficaz, oportuna y rápida del paciente en parada cardíaca así como minimizaría los daños y secuelas post maniobras.

CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO

1.1. Tipo de Investigación: Investigación Secundaria

Bounocore (1980) las define como aquellas que “contienen datos o informaciones reelaborados o sintetizados...” Ejemplo de ella lo serían los resúmenes, obras de referencia (diccionarios o enciclopedias), un cuadro estadístico elaborado con múltiple fuentes entre otros⁸. El registro de las fuentes de información en los trabajos académicos: permite sustentar la actividad de la investigación y sirve de base para establecer premisas que argumentan los cuestionamientos de la crítica científica o profesional.

La ética profesional pide reconocer el esfuerzo de los demás en la producción del conocimiento, por ello es necesario citar las fuentes que han servido de base al trabajo de investigación realizado.

Existen muchos métodos de citaciones, no obstante lo importante es escoger uno y mantenerlo en todo el proceso descriptivo del trabajo de investigación.

Para darle autenticidad y veracidad al trabajo, las fuentes de información utilizadas deben ser reconocidas, validadas y poseer un respaldo importante de autores y editores conocidos y de prestigio.

1.2. Metodología:

Enfermería basada en Evidencia: “un proceso continuo en el cual la evidencia, el conocimiento teórico y la pericia clínica de los profesionales de la enfermería son minuciosamente evaluados y considerados en unión con la participación del paciente para prestar un cuidado excelente a la persona” (Scott & McSherry, 2008)⁹.

“La incorporación de la evidencia desde la investigación, la práctica clínica experta y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre la salud de los pacientes” (Mulhall, 1998, citado en Scott & McSherry, 2008)¹⁰.

“Es un proceso, el cual compagina la mejor evidencia con la práctica clínica experta y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre la salud de los pacientes”. (Flemming, 1998 citado en Scott & McSherry, 2008)⁹.

La enfermería basada en la evidencia debe ser definida como el uso de la investigación en el contexto de la práctica profesional del profesional y las preferencias de los pacientes, impulsado a satisfacer nuestras dudas frente a las investigaciones que se han realizado sobre la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar, generando controversias a nivel de la practica hospitalaria.

La EBE permite a la disciplina aumentar su cuerpo de conocimientos a través de la investigación y en la práctica clínica permite tomar decisiones con base científica, entregando cuidados óptimos a personas que los necesitan.

Enfermería basada en evidencia tiene etapas tales como:

Formulación de una pregunta: La correcta formulación de la pregunta de investigación nos ayuda a: Clarificar conceptos y acotar el tema a investigar, estructurar búsquedas bibliográficas, seleccionar las publicaciones más relevantes. Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta¹¹.

Formular la pregunta de la manera más adecuada posible a partir del problema que se nos presenta. Habitualmente utilizamos el ESQUEMA PICOT.

La cual resulta de un profundo análisis de la problemática que afrontamos en el servicio de emergencia frente a la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar.

Localización de la información: mediante un procedimiento sistemático y estructurado de búsqueda de información científica, se trata de localizar las mejores recomendaciones basadas en la investigación para dar respuesta a la pregunta clínica¹¹.

A través de la revisión bibliográfica de información sobre el problema encontrado es que se definen los parámetros a evaluar, seguidamente del análisis crítico; utilizando la base de datos BVS, crhocame, etc.

Contextualización: lectura crítica es importante no aceptar como válido todo lo que leemos porque no siempre es así. Mediante la lectura crítica conseguimos seleccionar la información válida. Se trata de un proceso en el que se evalúa el diseño y la metodología de un estudio, la calidad de los datos y se analizan e interpretan los resultados. Para ello disponemos de unos instrumentos: guías de lectura crítica que facilitan la tarea; permitiendo hacer un análisis del contexto en el que se pretenden implementar la evidencia localizadas en la fase anterior¹¹.

En esta fase se utilizó la metodología de Validez de Galvez Toro que permitió descartar las investigaciones que no tenían cierto grado de credibilidad, ni asertividad de acuerdo a los estándares que se requieren de acuerdo al tipo de investigación, y aquello que no cumplían o respondían a la pregunta crítica sobre ¿es beneficiosa la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar?. Como resultado solo algunas de las investigaciones seleccionadas van a corroborar la validez de la investigación.

Implementación: una vez que disponemos de la información necesaria que responda a la pregunta clínica, es el momento de llevar a cabo esa nueva intervención o cambio de procedimiento,

Evaluación: paralelamente a la fase anterior, trataremos de comprobar si ese cambio que hemos introducido en la práctica es efectivo y proporciona mejores resultados que la intervención que realizábamos previamente. En algunos casos será necesario hacer comparaciones de costo – efectividad.

1.3. Formulación de la pregunta según esquema PICOT: Formular pregunta según esquema PICOT.

Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente o Problema	Paciente con necesidad de reanimación cardiopulmonar en el Servicio de Emergencia
I	Intervención	Los familiares no presencian la reanimación cardiopulmonar generando angustia y estrés
C	Comparación o Control	Que los establecimiento de salud permitan la presencia del familiar directo del paciente en el área de emergencia y/o cuando se suscite situación de parada cardiaca
O	Outcomes o Resultados	Disminuir los niveles de estrés y ansiedad que se presentan en el profesional de enfermería así como en el mismo espectador (familiar directo) cuando su paciente se encuentra frente a un paro cardiorrespiratorio.
T	Tipo de Diseño de Investigación	Cualitativa / cuantitativa
Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		

Pregunta: ¿Es beneficiosa la presencia del familiar durante la reanimación cardiopulmonar para el equipo de salud?

1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta:

El profesional de enfermería tiene un papel muy importante en el acompañamiento que hace al familiar que se presencia la reanimación cardiopulmonar, pues es quien interviene como guía y apoyo de la familia respondiendo preguntas y brindando la información necesaria en el marco del conocimiento de las necesidades a la familia y el establecimiento del contacto con cada uno de los miembros de la familia. Se evidencia la necesidad de establecer protocolos que integren y orienten la familia en escenarios de participación avanzada como lo es la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar. Aunque la presencia del familiar durante la RCP ha sido reevaluada y los consensos la avalan, sigue siendo una práctica muy controversial y

restringida, dejando así de lado todos los beneficios que este trae consigo, por eso es necesario realizar investigaciones de que permitan validar esta práctica en nuestro medio.

1.5.- Metodología de Búsqueda de Información:

Se utilizaron palabras claves como: reanimación cardiopulmonar, familia, RCP, paro cardiaco, percepción, family presence; paro cardiaco, presencia de la familia durante RCP; family presence during resuscitation de los cuales a través de la Biblioteca Virtual en Salud se buscó su sinónimo tanto en inglés y portugués y en diferentes bases de datos: Pubmed, IME, CINHALL e IBECS durante el periodo 2010 y 2014 y sin limitación de idioma.

Cuadro N°03: Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Reanimación cardiopulmonar	Cardiopulmonary Resuscitation	Ressuscitação Cardiopulmonar	Reanimación Cardiopulmonar Apoyo Vital Básico Cardíaco Reanimación Cardiopulmonar Básica Cardíaco Reanimación Cardiopulmonar Básica Azul Código CPR Resucitación Boca a Boca Respiración Boca a Boca
Paro cardiaco	Heart Arrest	Parada Cardíaca	Asistolia Parada Cardíaca Paro Cardiopulmonar Parada Cardiopulmonar Parada Cardiorrespiratoria Parálisis Cardíaca Paro Cardiorrespiratorio
Presencia de la Familia	Family presence	Presença da família	Presencia de la familia
Percepción	Perception	Percepção	

Utilizando booleanos como and, or, of se buscaron investigaciones que hagan referencia del tema que estamos estudiando y a su vez muestren un grado alto de evidencia para afirmar la necesidad de implementar estos hechos,

Cuadro N° 04: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
BVS	25/02/2015	family and Cardiopulmonary Resuscitation	877	20
		family not Cardiopulmonary Resuscitation	425	5
		perception and Cardiopulmonary Resuscitation	87	10
INDEX	05/03/2015	family and Cardiopulmonary Resuscitation	10	1
		Presencia del familiar durante la RCP	3	2
UPTODATE	05/03/2015	family and Cardiopulmonary Resuscitation	5	0
		Presencia del familiar durante la RCP	10	2
SCIELO	10/03/2015	Presencia del familiar durante la RCP	20	4
		family and Cardiopulmonary Resuscitation	7	1

Una vez encontradas investigaciones que hagan alusión al tema a investigar es que se seleccionaron dichos temas con la finalidad de que cumplan ciertos grados de rigor ya sean, éticos, tipo de publicación, idioma, tiempo de publicación, etc. Los cuales facilitaron mejor el grado de credibilidad de las investigaciones.

Cuadro N° 05: paso 3: ficha para recolección bibliográfica					
Autor (es)	Título artículo	Revista (volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
marisol silva dall'orso patricia jara concha	presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares	Cienc. enferm. vol.18 no.3 Concepción 2012	http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300009&script=sci_arttext	ingles / español	Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo que utilizó como orientación teórica el interaccionismo simbólico.
Cristiana Araújo G. Ferreira , Flávia Simphronio Balbino , Maria Magda F. G. Balieiro , Myriam Aparecida Mandetta	Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children	Rev Paul Pediatr 2014;32(1): 107-13.	http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n1/0103-0582-rpp-32-01-00107.pdf	Ingles/ portugués	investigación descriptiva, que desarrolló un integrador revisión de la literatura sobre la presencia de miembros de la familia durante la RCP
Gloria Santos González, Rosa Jiménez Tomás, Jesús Sánchez Etxaniz	Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales	Rev. Emergencias 2010; 22: 175-180	http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/presen.%20fam.Emergencias_2010.pdf	Ingles/ español	estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas
Angélica Olivetto de Almeida; Izilda	El conocimiento teórico de las enfermeras que trabajan	Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19 no.2	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-	Ingles	estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo .

Esmeria Muglia Araújo; Maria Célia Barcellos Dalri; Sebastião Araujo	en unidades no hospitalarios urgentes y de atención de emergencia relativas a la parada cardiorrespiratoria y reanimación	Ribeirão Preto Mar./Apr. 2011	11692011000200006		
Cristiana Araújo G. Ferreira, Flávia Simphronio Balbino, Maria Magda F. G. Balieiro, Myriam Aparecida Mandetta	Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças	Rev. paul. pediatri. vol.32 no.1 São Paulo mar. 2014	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrn=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0103-05822014000100107	<u>Português</u>	La investigación descriptiva, que desarrolló una revisión integradora de la literatura sobre la presencia de la familia durante la RCP y el PI.
Patricia Jabre, M.D., Ph.D., Vanessa Belpomme, M.D., Elie Azoulay, M.D., et al	Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation	N Engl J Med 2013; 368:1008-1018 March 14, 2013 DOI: 10.1056/NEJMoa1203366	https://translate.google.com.pe/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1203366&prev=search	ingles	ensayo prospectivo, aleatorio grupal controlada.
Zohar Lederman, MDa,* and Oren Wacht, PhD, BEMS, MHA, EMT Pb	Family Presence During Resuscitation : Attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff	Yale J Biol Med. 2014 Mar; 87(1): 63-72. Published online 2014 Mar 5.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941452/?tool=pubmed	ingles	Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, retrospectivo

1.6.- Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro: Producto de la Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente:

Se realizó una revisión bibliográfica que integra el análisis de 12 artículos, a través de la consulta de diferentes bases de datos: Pubmed, IME, CINHALL e IBECS con los términos “family presence”;”paro cardiaco”, presencia de la familia durante RCP; “family presence during resuscitation”,”, durante el periodo 2010 y 2014 y sin limitación de idioma. Se incluyeron artículos que trataran sobre series basadas en actitudes y experiencias del profesional enfermero, estudios realizados en otros países, y el uso de protocolos relacionados con la RCP-familia.

De los cuales se validaron los siguientes:

Cuadro N°06: síntesis de la evidencia encontrada a través de la Guía de Validez de Gálvez Toro			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares	Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo que utilizó como orientación teórica el interaccionismo simbólico.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children	Investigación descriptiva, que desarrolló un integrador revisión de la literatura sobre la presencia de miembros de la familia durante la RCP	Responde todas las preguntas	Pasar la lista
Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito	Estudio descriptivo, retrospectivo mediante una	Sólo responde 1 de las 5	No se puede emplear

extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca	encuesta de opinión confeccionada expresamente para el estudio		
Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales	Estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation	Ensayo prospectivo, aleatorio grupal controlada.	Sólo responde 1 de las 5	No se puede emplear
Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar	Cualitativa	Sólo responde 1 de las 5	No se puede emplear
Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation	Ensayo prospectivo, aleatorio grupal controlada.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
Family Presence During Resuscitation: Attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff	Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, retrospectivo	Responde 3 de las 5 preguntas	No se puede emplear

1.7.- Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados:

Determinar de acuerdo a los artículos seleccionados(los que pasaron la lista de validez aparente) la lista de chequeo específica que se les aplicará, para ello hay que considerar el diseño y la metodología empleadas en la investigación seleccionada. Cuadro N° 03.
(Este cuadro debe ir en esta parte)

Cuadro N° 07: Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados		
Título del Artículo	Tipo de Investigación-Metodología	Lista a emplear
presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares	Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, retrospectivo.	Astete
Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children	investigación descriptiva, que desarrolló un integrador revisión de la literatura sobre la presencia de miembros de la familia durante la RCP	Astete
Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales	estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas	Astete
Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation	ensayo prospectivo, aleatorio grupal controlada	Consort

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO:

2.1. El Artículo para Revisión: Se compone de las siguientes partes:

a) Título de la investigación secundaria que se desarrollará:

¿ES BENEFICIOSA LA PRESENCIA DE LA FAMILIA DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR?

b) Revisor(es): Lic. Enf. Krityn Mirelly Gil Julca

c) Institución: Enfermera en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque – Pera

d) Dirección para correspondencia: krismi_16@hotmail.com

e) Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Silva Dall'Orso Marisol, Jara Concha Patricia. PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: LA MIRADA DE ENFERMEROS Y FAMILIARES. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 [citado 2015 Ago 13] ; 18(3): 83-99. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300009&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300009>.

f) Resumen del artículo original:

A partir del cuestionamiento de cómo es la entrega de cuidados al paciente crítico y su familia y de cómo enfrenta el enfermero reanimador la reanimación cardiopulmonar acompañada de familiares.

Estar presente durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) puede ayudar al miembro de la familia a entender que todo lo posible para llevar al paciente a la vida se ha aplicado. Además de sofocar sospecha acerca a puertas cerradas los esfuerzos de reanimación y expectativas poco realistas de tales esfuerzos, la presencia del miembro de la familia puede ofrecer la oportunidad de un último adiós y ayudar a esa persona comprender la realidad de la muerte, con la esperanza de que el proceso

de duelo no será prolongada o complicada por el duelo patológico o trastorno de estrés postraumático (TEPT).

La investigación tiene como objetivo describir el significado que tiene para el familiar presenciar la reanimación de un ser querido y para los enfermeros el hacer reanimación en presencia de familiares y relacionar las características socio-demográficas de familiares y de enfermeros con la valoración que hacen de la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar en el ámbito hospitalario. Tiene como diseño un estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo que utilizó como orientación teórica el interaccionismo simbólico. Se desarrolló en Chile, tuvo como sujetos de investigación al Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU). Este instrumento fue sometido a pruebas de confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,802 para el instrumento de los enfermeros reanimadores y de 0,768 para el instrumento de los familiares) y validez de contenido, siendo sometido a un panel de expertos formado por dos enfermeros/as, un médico, una psicóloga y una persona no vinculada al área de la salud, que revisaron la relevancia, validez, pertinencia y claridad de los contenidos del Instrumento de Presencia Familiar y de la Entrevista, tanto de Enfermeros reanimadores como de Familiares. Para hacer convergencia con el Instrumento de Presencia Familiar de los Familiares, se utilizó la adaptación del Cuestionario de Satisfacción Usaria del Ministerio de Salud (MINSAL), obteniendo una significancia bilateral $p < 0.013$, por lo que se puede decir que el Instrumento de Presencia Familiar de los Familiares es altamente predictivo para medir la satisfacción usuaria.

La recolección de los datos se realizó de manera individualizada, aplicando y grabando en una primera fase las entrevistas abiertas y en profundidad, con una duración entre 30 a 60 min, realizadas en los domicilios de los familiares y en los lugares de descanso (residencias) de los enfermeros. De esta forma se obtuvieron los datos sociodemográficos y los relatos, que fueron analizados tras la transcripción de las cintas y se procedió al análisis temático. Posteriormente se aplicó el instrumento de Presencia Familiar basado en el cuestionario de la ENA.

Para el procesamiento de las entrevistas se utilizó el Análisis Temático según Van Manen, y así tras la transcripción de los relatos, las primeras lecturas permitieron identificar ideas generales y luego, al analizar línea por línea y frase por frase, se logró encontrar los elementos descriptores más específicos de la Presencia Familiar.

Adicionalmente, se utilizó análisis descriptivo porcentual y t de Student para el análisis de relación de las medias de la valoración de la presencia familiar con características sociodemográficas del familiar y sociodemográficas del profesional enfermero reanimador.

Los resultados permiten establecer que tanto familiares como enfermeros valoran la Presencia Familiar como beneficiosa. Respecto de la relación entre las características sociodemográficas de familiares y enfermeros y la valoración que hacen de la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar, sólo se encontró una relación significativa entre la variable edad de los enfermeros reanimadores y la valoración de la presencia familiar. Así también, los resultados permitieron identificar grandes temas que emergieron del análisis de los relatos de los familiares (experiencia impactante, comunicación simbólica y experiencia tranquilizadora) y de los enfermeros (práctica insegura, experiencia empática y práctica necesaria), los que contribuyen a fortalecer la humanización del cuidado del paciente crítico, valorar más el programa ministerial del hospital amigo y fundamentan la necesidad de formular protocolos que mejoren la calidad en salud.

De este modo se concluye que la presencia familiar durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar de un ser querido, medida a través de un instrumento de presencia familiar en el ámbito prehospitario, resultó ser valorada como beneficiosa tanto por los familiares como por los enfermeros reanimadores. En general, la relación con variables sociodemográficas muestra que hay diferencias en las medias totales, siendo la edad del enfermero reanimador donde se observa que esta diferencia es significativa con respecto a las demás variables, estableciéndose que a mayor edad del enfermero reanimador (40 y más años), la valoración de la presencia familiar es menos beneficiosa. En los familiares, si bien todas las variables permiten establecer que la presencia familiar es medida como beneficiosa, ninguna variable es significativa estadísticamente.

Se espera que este estudio estimule nuevos abordajes de la presencia familiar, en las diferentes áreas de desarrollo de enfermería y, al mismo tiempo, contribuya a abrir un campo inexplorado de la investigación tradicional chilena, que hace posible investigar la reanimación cardiopulmonar desde la perspectiva de quienes la están viviendo. La comprensión de la Presencia Familiar en el contexto de la reanimación contribuye a ampliar los conceptos que sustentan el Programa hospital Amigo del Ministerio de Salud de Chile. Los resultados son un aporte a la implementación de protocolos de acuerdo a la normativa vigente.

A pesar del movimiento en fomentar la presencia de la familia, muchos médicos y otros profesionales de la salud, continúan resistiéndose a adoptar esta práctica manifestando que no hay demasiada evidencia que avale un cambio de práctica. Pero lo cierto es que no hay evidencia que avale la tradición de dejar a la familia fuera de la unidad durante un procedimiento. Incluso, más de 10 años de evidencia indican que los pacientes, equipo de salud y miembros de la familia encuentran la presencia de la familia algo beneficioso. La única evidencia significativa en contra proviene de estudios que hablan de las actitudes de los médicos hacia la presencia de familiares, indicando que estos se oponen a esta práctica.

La presencia de la familia permite el desarrollo de un lazo fuerte entre la familia y los profesionales (la familia dice que fueron capaces de ver que el staff realizó todo lo que estaba a su alcance). Los miembros que permanecieron durante la RCP tuvieron menor nivel de ansiedad y menor nivel de depresión, menores recuerdos estresantes y menor grado de imaginación y stress postraumático en su comportamiento. A veces las decisiones pueden tomarse de antemano, pero a menudo se toman en los primeros minutos y durante la emergencia, por lo que resulta importante que el equipo de salud conozca los principios éticos y legales involucrados antes de exponerse a situaciones en donde debe tomarse una decisión inmediata y responsable. "El capital más importante es el hombre y su formación debe orientarse a la capacitación para introducir la excepción a la norma cuando la situación lo requiera y sea imposible la consulta con la autoridad superior". (San Ignacio de Loyola -S. XV-)¹²

Los dilemas éticos que se refieren al conflicto de interés entre los diferentes principios bioéticos son: beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia. beneficencia y no maleficencia: la **beneficencia** implica que el equipo de salud deban proporcionar beneficio con valoración de los riesgos. La **no maleficencia** implica el “no dañar”. La RCP no debe intentarse en los casos fútiles, ni cuando está contra los deseos expresos del paciente competente. La **justicia** implica un deber para extender los beneficios al paciente individual y/o a la comunidad. La RCP, como recurso, debe proporcionarse y estar disponible para todos aquellos que se beneficiarán de ella, dentro de las posibilidades. **Autonomía**, se considera apropiado que si un paciente y/o familia es competente y está debidamente informado-consentimiento válido tiene derecho moral y legal de consentir o rehusar las intervenciones médicas recomendadas, incluyendo la RCP . La vida no puede estar subordinada a ningún otro valor aunque debemos reflexionar sobre el hecho que no todos los procedimientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos para el paciente como persona. La autonomía se relaciona a los pacientes y/o familiares que pueden tomar las decisiones informadas en su propio nombre, en lugar de sujetarse a las decisiones paternalistas de los profesionales de la salud.

La necesidad de que un miembro del equipo apoye a los familiares durante las maniobras de reanimación se ve fundamentada en los lineamientos establecidos por Nibert y Ondrejka¹⁶ y Wagner¹⁵, en donde pequeñas intervenciones infuirían favorablemente en la disminución del estrés familiar.

Se exigen varias pautas y medidas para asegurar que esta experiencia será mejor. La RCP debe ser realizada y dirigida por un equipo competente. Los familiares deben estar en condiciones de entender lo que van a ver antes de entrar y se debe asegurar un incesante apoyo de un miembro del equipo especialmente entrenado en esto. Debe ser altamente seguro que los familiares entienden que la opción de estar presente es completamente suya y no provocará sentimientos de culpa por la decisión tomada. Los familiares deben saber que los procedimientos ellos vean (intubación endotraqueal, inserción de catéteres venosos centrales, etc.) y la respuesta del paciente (movimientos convulsivos después de la desfibrilación) son normales en este proceso y que no pueden interferir con los procedimientos y que estos no son el

motivo de la situación crítica, sino una consecuencia. En la mayoría, de casos será necesario explicar cuando no hay respuesta a la RCP los esfuerzos tienen que suspenderse. Esta decisión es tomada por el líder del equipo e involucrando a sus miembros. Se debe explicar que luego de un intervalo breve, sin el equipo presente y cuando se extraigan las cánulas, etc., ellos podrán volver con su ser querido. Finalmente debe haber una oportunidad para el familiar pueda hacer las preguntas necesarias y el líder lo aconseje sobre los procedimientos legales y los servicios disponibles.

- **E-mail de correspondencia de los autores del artículo original.**

Marisol Silva Dall'Orso. Enfermera. Docente Depto. Enfermería. Universidad de Concepción - Chile. Email: marisilva@udec.cl

Patricia Jara Concha Enfermera. Docente Depto. Enfermería. Universidad de Concepción - Chile. Email: pjara@udec.cl

- **Palabras clave:**

Resucitación cardiopulmonar, atención prehospitalaria, familia, presencia familiar.

2.2. COMENTARIO CRÍTICO:

Para evaluar la calidad metodológica se utilizó la lista de comprobación de Bobenrieth Astete el cual facilitó el análisis crítico para esta investigación. Esta Declaración está constituida por una lista de características detalladas que guardan relación con el título, el resumen, la introducción y las secciones de métodos, resultados y discusión de los artículos. Además en función del rigor científico en cuanto a los diseños de estudio se encuentra con un nivel de evidencia II-3 por el tipo de estudio, con un grado de recomendación A.

El estudio seleccionado fue Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares, plantea un título claro, fácil de entender, conciso (menos de 15 palabras), utiliza palabras completas (no utiliza abreviaturas ni siglas), facilitando el enganche del lector, hace alusión a la percepción de enfermeros (equipo de salud) y los familiares que han presenciado la RCP.

El problema de investigación se encuentra inmerso en la investigación claramente detallado, respondiendo a los objetivos planteados, de manera clara, sucinta, es actual, es susceptible de observación y de medición, es factible. La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara; La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante.

Los autores han hecho uso de un sin número de bibliografías los cuales la revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio., las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales.

El marco teórico plantea que la investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes, describe un marco teórico ya existente, es adecuado para el problema de la investigación. El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible.

La investigación utilizó el estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo de tipo retrospectivo que utilizó como orientación teórica el interaccionismo simbólico, el abordaje mixto utilizado permitió comprender y extraer los componentes esenciales de cómo se vive la Presencia Familiar durante la reanimación, en el ámbito hospitalario, lo que permitió conceptualizar en categorías temáticas dicha práctica para que sirvan de base en investigaciones futuras, en otras áreas del desarrollo de enfermería. Las cuales han determinado y direccionada la respuesta de la pregunta crítica que ha elaborado el investigador. El diseño garantiza

un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas, contribuyendo así a la validez interna del estudio.

La investigación retrospectiva hace referencia a que el inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados, los datos se recogen de archivos o entrevistas sobre hechos sucedidos, siendo este tipo de investigación el más exacto debido a que la investigación planteada se inició en el año 2007 – 2008 logrando una participación total tanto de enfermeros como de familiares que aceptaron dicha investigación, y que a su vez permitieron dar como conclusión positiva sobre la presencia del familiar durante maniobras de RCP.

El Interaccionismo Simbólico se consideró adecuado para orientar el proceso del pensamiento, debido a que la comprensión de los significados de la experiencia relacional que se produce entre los familiares y los enfermeros reanimadores del SAMU se construyen a partir de la interacción social que se produce entre ellos y de los intensos momentos que viven. Así, los significados que los eventos tienen para los familiares y enfermeros reanimadores se basan fundamentalmente en la interacción emanada de las acciones ejecutadas entre ellos y el ambiente que rodea a las maniobras de reanimación. El estudio consideró **dos** grupos de estudio para la muestra fue por conveniencia la población fue un total 63 participantes entre enfermeros y familiares, lo que corresponde a 100% del total de la muestra, posteriormente se utilizó una encuesta piloto que valido con un índice alto de confiabilidad la investigación con una muestra de 6 enfermeros y 6 familiares de forma aleatoria.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento basado en el cuestionario de Presencia Familiar de la Emergency Nurses Association (ENA) para las entrevistas de enfermeros y familiares; para la muestra piloto se escogió para confrontar con el Instrumento de Presencia Familiar de Enfermeros Reanimadores y realizar la convergencia el Cuestionario Caring Behaviors Inventory (CBI) la cual la valido como un indicie alto de confiabilidad.

La elección de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada, se aplican correctamente para el nivel de medición de los datos, y se dan en relación con los objetivos del estudio. El análisis de los datos fueron evaluados por el coeficiente Alfa de Cronbach (modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems) con una puntuación de 0,802 para el instrumento de los enfermeros reanimadores y de 0,768 para el instrumento de los familiares) y validez de contenido, siendo sometido a un panel de expertos realizar pruebas de convergencia y divergencia obteniendo una significancia bilateral $p < 0.013$, por lo que se puede decir que el Instrumento de Presencia Familiar de los Familiares es altamente predictivo para medir la satisfacción usuaria. Además la utilización de diversos cuestionarios establecidos y debidamente adecuado por paneles de expertos hacer relativamente alta el índice de confiabilidad que se requerida para un nivel de evidencia de tipo A. No es necesariamente significativo que se evidencie la hipótesis debido a que esta se sobreentiende y los resultados responde adecuadamente a los objetivos

Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos en un promedio de 1 años 2009 -2010, lo que hace adecuado según el tipo de metodología que se ha trabajado (método retrospectivo).

Con respecto al Rigor científico: es avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y de la autorización correspondiente de los jefes del SAMU de los establecimientos de salud a los cuales pertenecían los enfermeros, se solicitó a los familiares que hubieran presenciado las maniobras y que quisieran participar firmaran el consentimiento informado.

En cuanto a los resultados fueron descritos de manera cualitativa utilizando tres premisas que relacionaron los datos estadísticos haciendo una distinción entre sexo, nivel educativo, estado sociodemográficos que permitió una análisis más completo de los datos obtenidos, de los cuales resultaron que a mayor nivel de conocimiento mejor es el entendimiento y aceptación de las maniobras de RCP en sus pacientes, mientras que el nivel de conocimiento bajo o nulo necesita indispensablemente que

un enfermero este presente durante las maniobras para dar apoyo y orientación al familiar sobre lo que se está realizando, fortaleciendo de esta manera el hecho de que se implementaría la presencia del familiar en RCP a beneficio de familiares como para el personal de salud logrando minimizar aquellos problemas legales que tanto se sufre por cuestiones de desconocimiento, además con la evidencia mostrada en diferentes países es que se fortalece con mayor fuerza la posibilidad a la implementación de un protocolo que favorezca el problema propuesto.

En la discusión se muestra claramente dos posiciones que resultaron de las entrevistas formuladas a los enfermeros entrevistados: “La Presencia Familiar durante la reanimación, le facilita a los familiares el proceso de pérdida y/o duelo en el hogar” , “El separar a los familiares de su ser querido durante la reanimación, les genera más estrés y tensión emocional a ellos” frente a ellos evidenciamos como pertinentes y necesaria la participación de la familia durante la reanimación cardiopulmonar para evitar aquellos problemas legales en los que nos vemos envueltos.

Según Astete en la discusión encontramos adecuadamente la interpretación de los datos, se discute los objetivos, respondiendo adecuadamente al problema sin hacer alusión ambigua de la respuesta, el estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate, haciendo mérito al título de la investigación.

En la importancia de los resultados la investigación enfatiza tres temas fundamentales como resultado de la entrevista, ellas son: una experiencia impactante, comunicación simbólica y una práctica tranquilizadora; las cuales develan la necesidad existente del poder involucrar a la familia durante las maniobras de RCP , es sabido que en países como Estados Unidos se ha integrado protocolos de atención que facilitan dicha presencia a que por lo menos un familiar presencie la RCP la cual califica como necesaria para la toma de decisiones en la sala de emergencia.

En la investigación se empleó la Lista de Validación Aparente de Bobenrieth Astete para el comentario crítico determinando un nivel de evidencia II – 3 de acuerdo al diseño y tipo de metodología que los autores han utilizado y un grado de recomendación A que atribuye un porcentaje alto de confiabilidad debido a que la investigación fue sometida a pruebas de confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,802) y validez de contenido, siendo sometido a un panel de expertos, obteniendo una significancia bilateral $p < 0.013$, los resultados hallados sean aplicados a beneficio de los paciente y familiares.

2.3. Importancia de los resultados:

La presencia de la familia incrementa la comprensión de la severidad de la situación, favorece la toma de decisiones acerca de la resucitación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo. Otros estudios demuestran que los familiares que participaron, lo volverían a hacer y los familiares que decidieron no participar apreciaron grandemente la oportunidad.

Son prueba de una mayor toma de conciencia de los familiares que están presenciando las maniobras de RCP, involucrándolos y abordando holísticamente a la persona en riesgo vital dentro del contexto del cuidado humanizado. La eficacia de la reanimación no se vio afectada por la presencia de un miembro de la familia, ni fue la duración de la RCP, la selección de medicamentos, o la tasa de supervivencia.

La presencia se convierte en una oportunidad para proporcionar apoyo físico, emocional y orientación a los familiares de los pacientes. Esto se traduce en mejor calidad de servicios. El desarrollo de protocolos y entrenamiento del personal validarán esta tan importante práctica en las salas de emergencias locales.

El presente estudio estimule nuevos abordajes de la presencia familiar, en las diferentes áreas de desarrollo de enfermería y contribuya a abrir un campo

inexplorado de la investigación desde la perspectiva de quienes la están viviendo.

2.4. Nivel de evidencia y grado de recomendación / utilidad

Tenemos como niveles de evidencia, a herramientas, instrumentos y escalas que clasifican, jerarquizan y valoran la evidencia disponible, de forma tal que en base a su utilización se pueda emitir juicios de recomendación¹⁶.

El nivel de evidencia II-3 en el cual se basa la investigación se da a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios sin asignación aleatoria

A cada ámbito o escenario clínico le otorga el diseño de estudio más apropiado para la elaboración de las recomendaciones. Así, en el escenario, los diseños más puntuados corresponden a las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria; en escenarios de pronóstico, los estudios de cohortes; en escenarios de diagnóstico, los estudios de pruebas diagnósticas con estándar de referencia, puntualizando el nivel alto de evidencia en la cual se pueden observar resultados positivos para la salud.

Como grados de recomendación a una forma de clasificación de la sugerencia de adoptar o no la adquisición o puesta en marcha de tecnologías sanitarias según el rigor científico de cada tipo de diseño¹⁶

Un orden para los grados de recomendación, establecido por letras del abecedario donde, las letra A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomienda hacer); D y E indican que no debe llevarse a cabo una maniobra o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es “conflictiva”, o sea, que existe contradicción.

El grado de recomendación de la investigación es A por lo tanto se recomienda la utilización clínica y la intervención a los pacientes que cumplan los criterios

además se encontró buena evidencia de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos.

2.5. Respuesta a la pregunta:

Cuando el paciente no sobrevive a la RCP que ha sido presenciada por sus familiares, se ha resaltado entre otras consideraciones que esto les ayuda a entender la realidad de la muerte, les facilita el inicio del proceso de duelo, y se sienten confortados al constatar que su familiar ha dispuesto de todos los recursos terapéuticos y les permite la cercanía física al ser querido en los instantes finales de su vida.

La presencia de la familia durante las maniobras de reanimación es más valorada como beneficiosa por los enfermeros que por los familiares, debido a que estuvo asociada con resultados positivos en las variables psicológicas y no interfirió con los esfuerzos médicos su presencia es esencial para la toma de decisiones en el Servicio de Emergencia.

Se considera también que dicha presencia es efectiva, no sea traumática y, sobre todo, no interfiera en la realización de la RCP, considerando la presencia de un líder profesional competente, asignar a un miembro del equipo para que esté cercano a la familia (generalmente personal de enfermería), actitud empática que facilita la comprensión y significado de los diferentes procedimientos que se aplican (intubación, desfibrilación, masaje cardiaco externo, accesos venosos, etc.)

La ineffectividad de la RCP y finalización de la misma, se comunicará a la familia por el responsable médico.

2.6. Recomendaciones

- Se recomienda que el personal de sala emergencias, entiéndase médicos, enfermeros debe ser educado y adiestrado sobre el tema. Luego se debe desarrollar un protocolo que atienda las necesidades de los pacientes, la familia y del personal.
- El protocolo debe ser discutido y aprobado tanto por los supervisores como por el personal involucrado. Hay situaciones en las cuales no se debe activar el protocolo, como por ejemplo: en situaciones de trauma severo y en presencia de familiares alterados o intoxicados.
- Los miembros de la familia deben ser avisados de que se les pueda solicitar abandonar el área, siempre con la intención de preservar el bienestar de paciente o para evitar que obstaculicen el trabajo del equipo de salud.
- El protocolo debe definir quién o quienes estarán cualificados para dar apoyo a la familia durante el proceso de resucitación e ellos deben ser orientados en cuanto a saber que decir a los familiares.

CAPÍTULO III: PROPUESTA

Siendo la presencia del familiar durante la RCP beneficiosa en diversos aspectos considero que se debe evaluar mediante una entrevista directa al familiar sobre su experiencia durante el proceso a fin de que evaluar la reacción del familiar (grado de satisfacción o sufrimiento) durante el procedimiento, para así poder seguir ejecutándolo debido a que en los hospitales no se contempla la presencia de familiares.

ENCUESTA PARA EL PERSONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO

1. Categoría profesional:

Enfermero

Medico:

Residente

especialidad:

especificar año:.....

2. Dolor causado por el procedimiento (0 – 10):.....

3. Cree que la presencia del familiar le ha facilitado/ dificultado el procedimiento:

Facilitado mucho

facilitado algo

indiferente

dificultado mucho

Dificultado algo

4. Cree que la presencia del familiar fue beneficiosa para el paciente:

Muy beneficiosa

algo beneficiosa

indiferente

algo perjudicial muy perjudicial

5. Cree que debe darse la opción a que el familiar este presente en el procedimiento:

Si No

6. Si usted fuera el familiar , le gustaría estar presente durante este procedimiento:

Si No

7. Si eres residente, ¿de qué manera crees que la presencia del familiar influye para tu formación en la realización de esta técnica?

Muy beneficiosa Algo beneficiosa indiferentes

Algo perjudicial Muy perjudicial

8. Observaciones:

ENCUESTA PARA EL FAMILIAR PRESENTE EN EL PROCEDIMIENTO:

1. Relación con el paciente:

Madre Padre Otros especifique:.....

2. Nivel de estudios:

Primaria Secundaria Superior Sin estudios

3. Previo a la realización, se le ha explicado el procedimiento a seguir:

Si No

4. Dolor causado por el procedimiento (0 – 10):

5. Cree que su presencia ha facilitado / dificultado el procedimiento:

Facilitado mucho facilitado algo indiferente
dificultado mucho Dificultado algo

6.Cuál es su satisfacción con su presencia en el procedimiento:

Muy Satisfecho algo satisfecho indiferente descontento
Muy descontento

7. Cree que su presencia ha sido beneficio para su paciente:

Muy beneficiosa algo beneficiosa indiferente algo perjudicial
muy perjudicial

8. Había estado presente en algún otro procedimiento previamente:

FICHA TÉCNICA DE RCP

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
FECHA:

PACIENTE:		
DIAGNOSTICO:		
MEDICO RESPONSABLE:		
PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE:		
AREA DE ATENCION:		
HORA DE INICIO DE RCP BASICO:		
MEDICAMENTOS UTILIZADOS:		
RCP AVANZADO:		HORA DE INICIO:
MEDICAMENTOS UTILIZADOS:		
UTILIZACION DEL DESFIBRILADOR		
HORA DE TERMINO DE RCP:		
FECHA:		
FAMILIAR ACOMPAÑANTE:		
DX DE EGRESO:		
OBSERVACIONES:		
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:		
FIRMA DEL PERSONAL RESPONSABLE:		
FIRMA DEL FAMILIAR:		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministerio de Salud. Orientaciones para la programación en red Chile: Gobierno de Chile Ministerio de Salud; 2008 [citado 10 noviembre 2012]. Disponible en:<http://www.redsalud.gov.cl>
2. MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Am J Crit Care*. 2003; 12(3): 246-57.
3. De la Flor B, Castelo I, Andetxaga I, Peláez M, Gil E, Aguirre A. Presencia Familiar durante maniobras de reanimación: estudio en el ámbito extrahospitalario en la comunidad autónoma vasca. *Emergencias*. 2006, 18(3): 135-40.
4. Díaz H, Véliz M, Mestre J. Encuesta sobre la presencia familiar durante los procedimientos invasivos y la reanimación. REMI [Internet]. 2006 [citado 11 agosto 2007]; 6(4): A45. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2006/04/REMIA045.htm>
5. Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about Family Presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care*. 2007; 16 (3): 270-82.
6. González Granado Ll, Gómez Saéz F, Pérez Alonso V, Rojo Conejo P. Presencia familiar durante los procesos invasivos en urgencias de pediatría: opinión de los profesionales. *Act Pediatr Esp*. 2008;66:225-8.
7. Patient- and Family-Centered Care at Yale-New Haven Children's Hospital. Yale-New Haven Children's Hospital [Internet] [2012 Nov]. Available from:http://www.ynhh.org/yale-new-haven-childrens-hospital/patient-information/ch_patientfamilycenteredcare.aspx .
8. Mason D. Family Presence: Evidence versus Tradition. *Am J Crit Care*. 2003; 12(3): 190-92.
9. Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis*. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2004; 4(1):18–25.

10. Perales N., Álvarez J., López J. Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar. En: Perales N., López J., Ruano M., editors. Manual de Soporte Vital Avanzado. 4ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. 1-21.
11. Gálvez Toro, A.; Román Cereto, M; Ruiz Román, M.J.; Hederle Valero, C.; Morales Asencio, J.M.; Gonzalo, E. y M.N. Romero., (2003d) “Enfermería Basada en Evidencias: aportaciones y propuestas”. Index de Enfermería. Número 40-41, pp. 47-50
12. Cerdá M. Generalidades. En: Ruano M., Perales N., editors. Manual de Soporte Vital Avanzado Comité Español de RCP. Barcelona: Masson; 1996. 3-11.
13. Monzón J.L. Reanimación Cardiopulmonar y órdenes de no reanimación. En: Gómez J., Abizanda R., editors. Bioética y Medicina Intensiva. Barcelona: Edikamed; 1998. 87-104.
14. López J.B. Paro cardíaco hospitalario. Señales de cambio. Med Intensiva. 2010; 34:159-60.
15. Wagner JM. Lived experience of critically ill patient's family members during cardiopulmonary resuscitation. Am J Crit Care. 2004; 13(5): 416-20.
16. Nibert L, Ondrejka D. Family Presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice. J Ped Nurs. 2005; 20(2): 145-147.

ANEXOS N° 01

Cuadro N° 01 : Descripción del Problema		
1	Contexto-Lugar	Servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque cuenta con infraestructura inadecuada para la alta afluencia de pacientes, lo cual impide en cierta manera la atención rápida y personalizada en la reanimación cardiopulmonar siendo muchas veces expuesto el paciente frente al resto de personas internadas.
2	Personal de Salud	Personal profesional de enfermería del Servicio de Emergencia que se encuentra en parada cardiaca
3	Paciente	Persona hospitalizada en el área de Emergencia
4	Problema	Que beneficios tendrían la familia que tiene un pariente en emergencia presenciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar, puesto que aun no existen normas o protocolos que establezcan las actuaciones del personal de salud frente a los familiares. Evidenciar si son positivas o negativas realizar tales actividades de RCP en beneficios del paciente y la familia. Riesgo de reacción negativa de los familiares al presenciar reanimación cardiopulmonar
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	En el Servicio de Emergencia no se está permitido que la familia presencie maniobras de RCP lo que genera incertidumbre sobre el estado de salud de se familiar, lo que podría ocasionar problemas legales al no conocer las actuaciones que el personal de salud realiza con la finalidad de salvar la vida a las personas en situación de parada cardiaca.
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	Algunos profesionales de enfermería consideran a la presencia del familiar durante las maniobras de reanimación como una oportunidad para proporcionar apoyo emocional, espiritual y orientación a los pacientes, lo que incrementa la comprensión de la situación, favorece la toma de decisiones acerca de la reanimación con base en la calidad de vida y facilita el proceso del duelo.
5	Motivación del problema	El profesional de enfermería con base en los derechos de las familias debe ofrecer a los parientes directos la posibilidad de permanecer cerca de la cama del paciente durante la

	realización de las maniobras de reanimación, siendo necesaria su participación frente a estas actuaciones. Las razones para permitirla fueron la colaboración en la contención emocional y la mejora en la relación con la familia.
--	--

ANEXO N° 02

Cuadro de validez de Gálvez Toro: ARTICULO N°01		
Título de la investigación a validar: PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: LA MIRADA DE ENFERMEROS Y FAMILIARES/ <i>FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: THE LOOK OF NURSES AND FAMILY</i>		
Metodología: estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo que utilizó como orientación teórica el interaccionismo simbólico		
Año: 2012		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En síntesis, de las entrevistas en profundidad se develaron 3 temas principales que emergieron de la Presencia Familiar en los familiares, los que fueron: una experiencia impactante, comunicación simbólica y una práctica tranquilizadora	El estudio concluye que ante la intervención X se obtiene el resultado Y la presencia familiar durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar de un ser querido, medida a través de un instrumento de presencia familiar en el ámbito prehospitalario, resultó ser valorada como beneficiosa tanto por los familiares como por los enfermeros reanimadores
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? ¿Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Los resultados permitieron identificar grandes temas que emergieron del análisis de los relatos de los familiares (experiencia impactante, comunicación simbólica y	Resuelve el problema

	<p>experiencia tranquilizadora) y de los enfermeros (práctica insegura, experiencia empática y práctica necesaria), los que contribuyen a fortalecer la humanización del cuidado del paciente crítico, valorar más el programa ministerial del hospital amigo y fundamentan la necesidad de formular protocolos que mejoren la calidad en salud.</p>	
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? A la realidad</p>	<p>De acuerdo a la investigación planteada se evidencia la aplicabilidad a la realidad propuesta en el servicio de emergencia del Hospital Regional Lambayeque formulando un protocolo de atención considero que se lograría la aceptación tanto del profesional de salud como del familiar Actualmente no se está permitido la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar, lo que con la investigación propone es que mediante un protocolo de atención se permita la presencia del familiar, pues tuvo como resultado positivo para todo el equipo</p>	<p>Puedo aplicarlo</p>
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p>	<p>La investigación se realizó luego de la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y de la autorización correspondiente de los jefes del SAMU de los establecimientos de salud a los cuales pertenecían los enfermeros</p>	<p>Si</p>
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>	<p>Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, retrospectivo. Se decidió de tipo retrospectivo debido a lo sensible de esta temática, sobre todo en el grupo de los familiares y así permitirles que depuraran la experiencia y lograr que desde una mirada más lejana y objetiva pudieran comunicar lo vivido por ellos en ese difícil momento. visibles las necesidades de los</p>	<p>Si</p>

	familiares y revelar la realidad de la práctica enfermero.	
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Cuadro de validez de Gálvez Toro: ARTICULO N°02		
Título de la investigación a validar: Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children		
Metodología: investigación descriptiva, que desarrolló un integrador revisión de la literatura sobre la presencia de miembros de la familia durante la RCP		
Año: 2012		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos? En las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales en el Estados Unidos, hay una aceptación cada vez mayor por los equipos de salud con respecto a la presencia de la familia en el RCP una IP, ya que creen que esta práctica trae beneficios para el paciente. Sin embargo, recomiendan que la familia recibe la opción de permanecer o no con el niño en esos momentos, después de evaluar la condición de la unidad, el cuidado de la salud profesionales, y el miembro de la familia. Los estudios demuestran que la familia necesita estar informado y testigo de las situaciones a las que su hijo se somete durante hospitalización. Por	Breve proposición que resume los hallazgos a familia necesita estar informado para ser testigo de las situaciones a las que su hijo se somete durante hospitalización	El estudio concluye que la presencia de la familia en estas circunstancias ha sido más aceptada porque hay una más cerca la relación entre los profesionales y miembros de la familia, teniendo en cuenta que estos son los principales responsables de la cuidado de la salud de su hijo

<p>lo tanto, es esencial la presencia de un profesional capacitado para apoyar a los miembros de la familia en este contexto, dándoles la bienvenida, consolando a ellos, respondiendo sus preguntas, aclarando los procedimientos, y que garanticen la seguridad de los pacientes y los profesionales involucrados</p>		
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</p> <p>Si, porque se evidencia que la presencia de la familia es necesaria en la intervención de cualquier procedimiento y/o intervención que el niño tenga además de la autorización de los padres para realizarla.</p>	<p>Es beneficiosa la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar en niños</p>	<p>Resuelve el problema</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</p> <p>Los estudios demuestran que la familia necesita estar informado y testigo de las situaciones a las que su hijo se somete durante hospitalización. Por lo tanto, es esencial la presencia de un profesional capacitado para apoyar a los miembros de la familia en este contexto, dándoles la bienvenida, consolando a ellos, respondiendo sus preguntas, aclarando los procedimientos, y que garanticen la</p>	<p>Con el fin de cambiar esta realidad y hacen las familias se sienten atendidos cuando se va a través de esta experiencia, uno debe preguntarse qué acciones promover la presencia de la familia durante la RCP</p>	<p>Puedo aplicarlo</p>

seguridad de los pacientes y los profesionales involucrados		
¿Son seguras las evidencias para el paciente? Si, son validadas por un comité de etica	General un alto índice de credibilidad	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos? Si porque responden a la pregunta planteada por la investigación propuesta	Revisión sistemática realizada con 15 investigaciones que mediante la validez interna afirmaron en respuesta positiva la formulación del problema planteado.	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Cuadro de validez de Gálvez Toro: ARTICULO N°03		
Título de la investigación a validar: Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales		
Metodología: estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas		
Año: 2010		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Las razones para estar presentes fueron tranquilizar al niño, sufrir menos angustia y vigilar el procedimiento. Entre los profesionales las razones para permitirla fueron la colaboración en la contención emocional y la mejora en la relación con la familia El 80% de los encuestados refieren que la presencia de la familia podría ser beneficiosa.	La presencia de la familia es beneficiosa para el paciente durante algún procedimiento, sin interferencia al personal de salud
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	La presencia de la familia es beneficiosa durante la RCPy/o cualquier procedimiento pues ayuda a mejorar y comprender	Resuelve el problema

	el esfuerzo de nuestro trabajo como profesionales de salud	
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si a través de la elaboración de guías y/o protocolos que ayuden a la atención eficiente del paciente y su familia	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente? Si	Aprobado por el comité de ética de Zaragoza	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas.	Se puede considerar.
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

Cuadro de validez de Gálvez Toro: ARTICULO N°04		
Título de la investigación a validar: Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation		
Metodología: ensayo prospectivo, aleatorio grupal controlada		
Año: 2014		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	la presencia de un miembro de la familia durante la RCP de un paciente adulto , realizado en el hogar, se asoció con resultados positivos en las evaluaciones psicológicas y no interfiere con los esfuerzos médicos, aumento de la tensión en el equipo de atención de la salud , o dar lugar a conflictos médico-legales	la presencia de un miembro de la familia se asoció con resultados positivos durante maniobras de RCP
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	En este ensayo multicéntrico, aleatorizado, que ofrece a los familiares de los pacientes sometidos a RCP la opción de ser testigo de los esfuerzos de reanimación se asoció con una incidencia significativamente menor de síntomas relacionados con el trastorno de estrés	Resuelve el problema

	postraumático, que estaba siguiendo una práctica habitual en relación con la presencia de la familia. Con independencia de que los miembros de la familia se les ofreció la elección, los resultados más favorables de las pruebas psicológicas se observaron cuando los miembros de la familia estaban presentes.	
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Se encontró que la eficacia de la reanimación no se vio afectada por la presencia de un miembro de la familia, ni fue la duración de la RCP, la selección de medicamentos, o la tasa de supervivencia. Estos resultados contrastan con los resultados de dos grandes encuestas que revelaron las preocupaciones sobre la interferencia de la familia con la RCP.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Comité de Protección des Personnes Ile -de -France 10	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo, retrospectiv	Si
* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.		

ANEXO N° 03**RESUMEN DE LAS INVESTIGACION SELECCIONADAS****PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR: LA MIRADA DE ENFERMEROS Y FAMILIARES*****FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: THE
LOOK OF NURSES AND FAMILY*****RESUMEN**

A partir del cuestionamiento de cómo es la entrega de cuidados al paciente crítico y su familia y de cómo enfrenta el enfermero reanimador la reanimación cardiopulmonar acompañada de familiares, este estudio tuvo como objetivos describir el significado que tiene para el familiar presenciar la reanimación de un ser querido y para los enfermeros el hacer reanimación en presencia de familiares y relacionar las características socio-demográficas de familiares y de enfermeros con la valoración que hacen de la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar en el ámbito prehospitalario. Estudio exploratorio con enfoque mixto cualitativo y cuantitativo que utilizó como orientación teórica el interaccionismo simbólico. Participaron en entrevistas en profundidad y respondiendo a un instrumento de Presencia Familiar, familiares que presenciaron las maniobras de reanimación de su ser querido en su domicilio, junto a enfermeros reanimadores que trabajan en los móviles de avanzada del Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU) de la Región del Bío-Bío. Los resultados permiten establecer que tanto familiares como enfermeros valoran la Presencia Familiar como beneficiosa. Respecto de la relación entre las características sociodemográficas de familiares y enfermeros y la valoración que hacen de la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar, sólo se encontró una relación significativa entre la variable edad de los enfermeros reanimadores y la valoración de la presencia familiar. Así también, los resultados permitieron identificar grandes temas que emergieron del análisis de los relatos de los familiares (experiencia impactante, comunicación simbólica y experiencia tranquilizadora) y de los enfermeros (práctica insegura,

experiencia empática y práctica necesaria), los que contribuyen a fortalecer la humanización del cuidado del paciente crítico, valorar más el programa ministerial del hospital amigo y fundamentan la necesidad de formular protocolos que mejoren la calidad en salud.

Palabras clave: Resucitación cardiopulmonar, atención prehospitalaria, familia, presencia familiar.

FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND INVASIVE PROCEDURES IN CHILDREN

RESUMEN

Objetivo: Identificar la evidencia de la literatura sobre promoción de acciones de presencia de la familia durante la reanimación procedimientos cardiopulmonares e invasivas en niños hospitalizados en unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatal.

Fuente de datos: la literatura Integrativa en las bases de datos PubMed, Lilacs y SciELO, de 2002 a 2012, con los siguientes criterios de inclusión: artículo de investigación en áreas de Medicina y Enfermería, publicados en lengua Portugués, Inglés o español y palabras clave "La familia", "procedimientos invasivos", "CPR" "Equipo de salud" y "Pediatría". Se excluye Los artículos que no se refieren a la presencia de la familia durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar, totalizando una muestra de 15 artículos analizados. Resumen de las conclusiones: La mayoría de los artículos fueron publicados en los Estados Unidos (80%) en Medicina y Enfermería (46%), y el tipo de encuesta (72%), con los miembros del equipo de salud (67%) como participantes.

Con base en el análisis crítico produjo cuatro temas representativos acciones para promover la presencia de la familia en procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar:

a) preparar un programa de sensibilización del personal; b) facultar el equipo para incluir a la familia en estas circunstancias;

c) preparar una política institucional declarada; d) cumplir Familia necesita.

Conclusiones: Se debe fomentar la investigación sobre la tema, con el fin de proporcionar subsidios a los profesionales Salud para modificar su práctica, la aplicación de la Fundamentos del Modelo de Atención Centrada en el Paciente

Familia, sobre todo en situaciones de crisis.

Palabras clave: la familia; equipo de atención, paciente; reanimación cardiopulmonar; pediatria.

FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

RESUMEN

El efecto de la presencia de la familia durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) en los propios y el equipo médico miembros de la familia sigue siendo controversia

MÉTODOS

Inscribimos 570 familiares de los pacientes que se encontraban en paro cardíaco y dieron CPR por 15 unidades de servicios médicos de emergencia prehospitalaria. Las unidades fueron asignados aleatoriamente a ofrecer sistemáticamente el miembro de la familia la oportunidad de observar la RCP (grupo de intervención) o para seguir una práctica habitual en relación con la presencia de la familia (grupo de control). El punto final primario fue la proporción de familiares con trastorno de estrés postraumático (TEPT) síntomas -relacionado en día 90. Los objetivos secundarios fueron la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, y el efecto de la presencia de la familia en los esfuerzos médicos de reanimación, el pozo -Ser del equipo de atención de salud, y la aparición de reclamaciones médico-legales.

..

RESULTADOS

En el grupo de intervención, 211 de 266 familiares (79%) fue testigo de la RCP, en comparación con 131 de 304 familiares (43%) en el grupo de control. En el análisis por intención de tratar, la frecuencia de los síntomas relacionados con TEPT fue significativamente mayor en el grupo control que en el grupo de intervención (odds ratio ajustada, 1,7; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1,2 a 2,5; P = 0.004) y entre los

miembros de la familia que no son testigos de la RCP que entre los que lo hicieron (odds ratio ajustada, 1,6; IC del 95%, 1,1 a 2,5; $p = 0,02$). Los familiares que no son testigos de RCP tenían síntomas de ansiedad y depresión con más frecuencia que los que lo hicieron CPR testigo. RCP Familia-testigo no afectó las características de reanimación, la supervivencia del paciente, o el nivel de estrés emocional en el equipo médico y no dio lugar a reclamaciones médico-legales.

CONCLUSIONES

Presencia de la familia durante la RCP se asoció con resultados positivos en las variables psicológicas y no interfiere con los esfuerzos médicos, aumentar el estrés en el equipo de atención de salud, o dar lugar a conflictos médico-legales.

PRESENCIA DE FAMILIARES EN LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: OPINIÓN DE LA FAMILIA Y DE LOS PROFESIONALES

Objetivo: Conocer la opinión de familiares y profesionales sobre la presencia de familiares (PF) en los procedimientos realizados en un servicio de urgencias de pediatría (SUP). Métodos: Se realizaron dos estudios descriptivos transversales mediante encuestas anónimas semiestructuradas a 200 familiares elegidos aleatoriamente y a 36 profesionales (12 pediatras y 24 enfermeras) del SUP. Resultados: Entre los familiares, el deseo de presencia fue inversamente proporcional al grado de invasividad (aspiración secreciones 92%, canalización venosa 84%, sedoanalgesia 81%, sondaje vesical 80%, suturas 79%, punción lumbar 66%, maniobras de reanimación pulmonar 44%). Las razones para estar presentes fueron tranquilizar al niño, sufrir menos angustia y vigilar el procedimiento. Y para no estar, interferencia con los profesionales, no tranquilizar al hijo y aumento de su angustia. Un 80% creían que la presencia familiar (PF) podría ser beneficiosa. Entre los profesionales las razones para permitir la fueron la colaboración en la contención emocional y la mejora en la relación con la familia. Y para rechazarla, menor tasa de éxitos, nerviosismo en los profesionales y angustia del familiar. Un 70% opinaron que puede resultar beneficiosa. Conclusiones: La mayoría de familiares desean estar presentes en los procedimientos realizados en un SUP. Su argumento principal es tranquilizar al niño. Los principales para no estar presentes son la interferencia con los sanitarios y su angustia. La categoría profesional influye en ofertar la PF. La razón

principal para ofertarla es la contención emocional; para no hacerlo, la interferencia con la técnica y el aumento de fracasos. La mayoría tanto de familiares como de sanitarios cree que puede ser beneficiosa. [Emergencias 2010;22:175-180] Palabras clave: Presencia familiar. Procedimientos. Protocolo. Urgencias de pediatría.

ANEXO N 04

Lectura crítica de artículos originales en salud

Bobenrieth Astete MA

Pautas para evaluar el título

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Es claramente indicativo del contenido del estudio (problema de investigación y variables principales).	X		
2.—Es claro, fácil de entender.	X		
3.—Es conciso (15 palabras).			X
4.—Identifica las palabras clave (descriptores) del estudio.	X		
5.—Utiliza palabras completas (no utiliza abreviaturas ni siglas).			X
6.—Usa tono afirmativo.	X		
7.—Es gramaticalmente correcto (no es partido).	X		
8.—Usa lenguaje sencillo (no usa jerga o jergonza).	X		
9.—Usa términos claros y directos (no usa términos efectistas).	X		
10.—Usa palabras esenciales (no usa sobre explicación).	X		

Pautas para evaluar los autores

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Hay autoría múltiple.	X		
2.—Hay autoría justificada, responsable.	X		
3.—Hay autoría completa.	X		
4.—Usa nombres completos (no usa iniciales).	X		
5.—Incluye instituciones de trabajo sin incluir grados académicos o posiciones jerárquicas.	X		
6.—Incluye la dirección postal del investigador encargado de la correspondencia.			X

Pautas para evaluar el resumen

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta.	X		

2.—Es claro, fácil de entender.	X		
3.—Describe claramente el objetivo / hipótesis en el primer párrafo.			X
4.—Describe claramente el diseño / metodología en el segundo párrafo.	X		
5.—Describe claramente los resultados principales en el tercer párrafo.	X		
6.—Describe claramente las conclusiones en el cuarto párrafo.	X		
7.—Es conciso (250 palabras).			X
8.—Presenta resultados con valores numéricos (núm., tasas, porcentajes, proporciones, etc.).	X		
9.—Usa palabras completas (no usa abreviaturas ni siglas).	X		
10.—Usa solamente el texto (no incluye tablas, gráficos ni figuras).	X		
11.—El texto no cita referencias bibliográficas.	X		
12.—Usa denominaciones genéricas de productos farmacéuticos (no usa marcas registradas).			X
13.—Es autosuficiente, autoexplicativo.	X		

Pautas para evaluar la introducción General

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Presenta claramente el qué y el por qué de la investigación.			X
2.—Capta la atención del lector desde el párrafo introductorio; «invita» al lector a seguir leyendo.	X		
3.—El estilo es directo unívoco.	X		
4.—El tema general (campo de estudio) se presenta prontamente para pasar luego al problema de investigación.	X		

Problema de investigación

	SÍ	DUDOSO	NO
5.—El problema de investigación (fenómeno específico de interés) se identifica y se define.			X
6.—Los antecedentes del problema se presentan sin dilación.	X		
7.—La razón fundamental por la cual se seleccionó el problema queda claro. Su investigación se justifica para llenar un vacío de información.	X		
8.—El problema es importante, es actual, es susceptible de observación y de medición.	X		
9.—La investigación del problema es factible.	X		

Revisión bibliográfica

	SÍ	DUDOSO	NO
10.—La revisión identifica lo que se sabe actualmente –en función	X		

de lo publicado— sobre el problema de investigación.			
11.—La revisión es relevante para el problema del estudio.	X		
12.—La revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio.	X		
13.—Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales.		X	
14.—La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara.	X		
15.—La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema.	X		
16.—La revisión identifica, desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema.	X		
17.—La organización de la revisión es lógica, según categorías y fecha de publicación.	X		
18.—La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante y —en ningún caso— arbitrario.	X		

Marco teórico

	SÍ	DUDOSO	NO
19.—La investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes.	X		
20.—La investigación describe un marco teórico ya existente o formula uno propio.	X		
21.—El marco teórico es adecuado para el problema de la investigación.	X		
22.—El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible.	X		
23.—El marco teórico es útil para clarificar conceptos pertinentes y las relaciones entre ellos.	X		

Variables

	SÍ	DUDOSO	NO
24.—El estudio selecciona las variable adecuadas.	X		
25.—Las variables son suficientemente claras.	X		
26.—La asociación entre variables se describe indicando su calidad de independiente y dependiente.		X	
27.—Las variables extrañas (de confusión) se reconocen y se indica su grado de control.		X	
28.—Las variables importantes se definen operacionalmente, al igual que sus grados de condición.			X

Objetivos / hipótesis

	SÍ	DUDOSO	NO
29.—Los objetivos son adecuados a la pregunta de la investigación (problema y sus variables).	X		
30.—Los objetivos indican en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta hacer (observar, registrar y medir).	X		
31.—Los objetivos descriptivos son pocos, concretos, medibles, y factibles.	X		
32.—Los objetivos anuncian un resultado concreto previsto, unívoco, claro y preciso.	X		
33.—Los objetivos se presentan redactados en forma afirmativa, con verbos activos transitivos, en tiempo infinitivo, sujetos a una sola interpretación.	X		
34.—La redacción de los objetivos diferencia claramente los de carácter descriptivo de aquellos otros de carácter analítico.	X		
35.—Las hipótesis expresan de manera clara, precisa y concisa, una relación (o diferencia) entre dos o más variables.			X
36.—Las hipótesis explican o predicen esa relación (o diferencia) entre dos o más variables en términos de resultados esperados.			X
37.—La formulación de las hipótesis incluye las variables de estudio, la población de estudio y el resultado predicho (efecto).			X
38.—Las variables identificadas en las hipótesis se definen operacionalmente.			X
39.—Cada hipótesis se refiere solamente a una relación entre dos variables, para claridad de su comprensión (hipótesis simple).			X
40.—La dirección de la relación se establece de manera inequívoca en la redacción de la hipótesis.			X
41.—Cada hipótesis está lógicamente relacionada con el problema de investigación.			X

Pautas para evaluar materiales y métodos Diseño

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—El diseño parece apropiado para el objetivo del estudio.	X		
2.—El diseño se describe suficientemente, caracterizando la dimensión de intervención del investigador (manipulación) de la variable independiente.	X		
3.—El diseño explica la dimensión temporal (momento y núm. de veces de recogida de información).	X		
4.—El diseño especifica la unidad de análisis (caso, serie de casos, muestra o población total).	X		
5.—El diseño indica el nivel de análisis (no análisis, correlación, causalidad o inferencia).	X		
6.—El diseño seleccionado encaja el paradigma epistemológico / metodológico (cuantitativo o cualitativo) con los datos que se intenta producir.	X		

7.—El diseño está actualizado con el nivel de conocimientos disponibles sobre el problema de investigación.	X		
8.—El diseño garantiza un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas, contribuyendo así a la validez interna del estudio.	X		

Población y muestra

	SÍ	DUDOSO	NO
9.—La población diana se identifica y describe con claridad.	X		
10.—La población accesible al estudio se describe con exactitud.	X		
11.—Se explica si se utilizó un muestreo aleatorio <i>probabilístico</i> o un muestreo <i>no probabilístico</i> .			X
12.—En caso de muestreo aleatorio, se explica el procedimiento: aleatorio simple, aleatorio estratificado, aleatorio por conglomerado, o aleatorio sistemático.			X
13.—En caso de muestreo no aleatorio, se explica el procedimiento: muestreo de conveniencia, muestreo de cuota o muestreo intencional.			X
14.—El tamaño de la muestra se informa a la luz del objetivo del estudio, el diseño del estudio, el método de muestreo y el análisis estadístico de los datos.	X		
15.—La muestra indica cuán representativa es de la población diana, a la que se intenta generalizar los resultados.	X		
16.—La muestra parece suficiente como para garantizar la validez externa del estudio.	X		
17.—El método de selección y asignación de sujetos a los grupos de estudio y de control se describe con claridad.	X		

Consideraciones éticas

	SÍ	DUDOSO	NO
18.—Se describe el procedimiento para obtener consentimiento informado.		X	
19.—Hay constancia de la revisión de la investigación por algún consejo o comité de ética de la institución.	X		
20.—El investigador describe los riesgos potenciales de los sujetos participantes del estudio.		X	
21.—Hay constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad a los participantes del estudio.		X	

Pautas para evaluar los resultados Recogida de datos

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Los instrumentos de recolección son adecuados para el diseño del estudio.		X	

2.—Se menciona la razón fundamental para la selección de cada instrumento / método.			X
3.—Se describe la validez y la confiabilidad de cada instrumento.			X
4.—Se describe claramente los pasos en el procedimiento de recogida de datos.			X
5.—El procedimiento de recolección de datos es adecuado.		X	

Análisis de los datos

	SÍ	DUDOSO	NO
6.—La elección de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada.	X		
7.—Los procedimientos estadísticos se aplican correctamente para el nivel de medición de los datos.	X		
8.—Los datos se analizan en relación con los objetivos del estudio.	X		
9.—Se prueba cada hipótesis y los resultados se informan con precisión.	X		
10.—El análisis estadístico considera el nivel de medida para cada una de las variables: nominal (categórica), ordinal, o intervalo (continua).			X
11.—Las variables se organizan en grupos lógicos clínicamente: variables de criterios de inclusión, variables factores de riesgo y variables de resultado (desenlace).			X
12.—Los grupos de estudio y de control son comparables.	X		
13.—Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos: estudio y control.	X		

Presentación de los datos:

	Si	Dudoso	No
14.—La sección de resultados se focaliza en aquellos hallazgos pertinentes y responde a la pregunta de la investigación y / o a la prueba de hipótesis.	X		
15.—Los datos se presentan en forma objetiva, sin comentarios ni argumentos.			X
16.—El texto comanda la presentación en forma clara, concisa y precisa.			X
17.—Los resultados se presentan en forma ordenada siguiendo el orden de los objetivos / hipótesis.			X
18.—Los resultados se inician con los hallazgos positivos más importantes. Las asociaciones negativas se informan al final de la sección.	X		
19.—Se informa del riesgo relativo y del intervalo de confianza.	X		
20.—Los términos estadísticos se usan de forma experta (significante, aleatorio, muestra, correlación, regresión, inferencia,	X		

etc.).			
21.—Los valores P se presentan profesionalmente, y se interpretan inteligentemente.	X		
22.—La sección de resultados es completa y convincente.	X		
23.—Las tablas son simples y auto explicativas. Incluyen datos numéricos numerosos, repetitivos, con valores exactos.			X
24.—Las tablas no contienen información redundante del texto.			X
25.—Los gráficos son simples y auto explicativos.			X
26.—Los gráficos permiten visualizar y analizar patrones, tendencias, comparaciones, semejanzas y diferencias en los datos.			X
27.—Tanto los gráficos como las tablas completan el texto y ayudan a una comprensión rápida y exacta de los resultados.			X
28.—Tanto los gráficos como las tablas clarifican la información, ponen énfasis en los datos más significativos, establecen relaciones y resumen el material de los hallazgos.			x
29.—El autor selecciona, con buen juicio, el tipo de gráfico más adecuado (barras, lineal, histograma, polígono de frecuencias, sectores, dispersión, pictograma).			X

Pautas para evaluar la discusión y la conclusión

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Las interpretaciones se basan en los datos.	X		
2.—Los hallazgos se discuten en relación con los objetivos del estudio.	X		
3.—El texto no repite los resultados.	X		
4.—Se especula inteligentemente con fundamento	X		
5.—Las generalizaciones tienen como garantía y justificación los resultados.	X		
6.—Se distingue entre significación estadística y relevancia (importancia) clínica.	X		
7.—Se discuten primero los resultados propios; luego se comparan los resultados propios con los resultados de otros estudio similares publicados (segunda revisión bibliográfica).	X		
8.—Se diferencia entre los hechos (hallazgos) y la opinión del autor sobre estos hechos.	X		
9.—Se discuten adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma como pueden afectar las conclusiones.	X		
10.—Se sugieren investigaciones al futuro alrededor del problema de la investigación, basadas en la experiencia ganada a lo largo del proceso.	X		
11.—El estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate. Esto contrasta bien con el estilo descriptivo y narrativo de la introducción, materiales y métodos, y resultados.	X		
12.—Las conclusiones se establecen claramente, como	X		

«respuesta» del estudio a la «pregunta» de la investigación, contenida en los objetivos / hipótesis.			
13.—El contenido de las conclusiones corresponde al contenido de los objetivos; hay tantas conclusiones como objetivos.	X		

Pautas para evaluar la bibliografía

	SÍ	DUDOSO	NO
1.—Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de las referencias).	X		
2.—Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años).	X		
3.—El número de referencias es adecuado (más / menos 30).			X
4.—El tipo de referencias es adecuado (más del 50 % de publicaciones de tipo primario).	X		
5.—La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de publicación, editorial y año, en caso de libro; autor, título, nombre de revista, volumen y páginas, en caso de artículo de revista).	X		