

Archivos de Medicina de Urgencia de México

Vol. 3, Núm. 2 - Mayo-Agosto 2011

pp 55-61

**Artículo original**

Opinión del personal médico y paramédico en las salas de urgencias en los Hospitales del centro del país sobre reanimación presenciada. Una perspectiva mexicana de las recomendaciones del ACLS

Juan Francisco García Regalado,* Javier E García de Alba García,** Ana L Salcedo Rocha**

RESUMEN

El concepto de reanimación presenciada nació en Michigan en 1984 con opiniones encontradas en el personal de salud siendo un tema vigente que no ha sido resuelto en México. El conocer la forma en que nuestra cultura médica se enfrenta a este tema pudiera enfocar nuevas políticas de atención en pro de los pacientes. El objetivo de este estudio fue conocer los puntos de vista del profesional de salud en permitir reanimación presenciada y enlistar las causas mencionadas para su práctica u oposición. Se realizó un estudio trasversal descriptivo observacional con enfoque cuali-cuantitativo, elaborando un modelo de recolección de datos validado mediante Grupo Delphy, se recabaron aspectos sociodemográficos, las opiniones y experiencias con reanimación presenciada del hospital. En nuestros resultados encontramos que los médicos generales aceptan más frecuentemente la reanimación presenciada que los especialistas y existió una relación inversa entre edad y aceptar la reanimación presenciada. No se encontró un solo modelo cultural para estar a favor o en contra de la reanimación presenciada. La reanimación presenciada no es una práctica aceptada por el personal de salud, parece que los médicos generales están más a favor de ella.

Palabras clave: Reanimación presenciada, opinión médica.

ABSTRACT

Witness resuscitation concept was born on 1984 in Michigan with opposite opinions by health care providers and still now is an actual topic that hasn't been resolved in México. To know how our medical culture takes care of this topic could make new care politics in benefit of patients. The objective of this study was to know the health care provider's point of view about allow witness resuscitation and to list the reasons that they said to its practices or against it. This was a descriptive, observational and transversal study with a

* Hospital General de Subzona 10.

** Centro Médico de Occidente, Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios de Salud (UISESS). Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

Dr. Juan Francisco García Regalado
Cantador Núm. 17, Zona Centro, Guanajuato Gto. Tel: 73 236 96.
E-mail: aicragmex@gmail.com

Recibido: 05 de julio 2011

Aceptado: 02 de agosto de 2011

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medicgraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>

Abreviaturas:

ACLS: Advanced Cardiac Life Support.

AHA: American Heart Association.

BLS: Basic Life Support.

FCSS: Fundamental Critical Care Support.

PALS: Pediatric Advanced Life Support.

RCP: Reanimación cardiopulmonar.

RCPp: Reanimación cardiopulmonar presenciada.

cuali-quantitative point of view, we elaborated a recollection data model by a Delphy Group, sociodemographic, personal opinions and experiences with witness resuscitation were collected. We found that the general physicians accept more frequently witness resuscitation than those who are has specialty, there was a negative relation between age and accept witness resuscitation. There wasn't a unique cultural model to be in favor or against witness resuscitation. Witness resuscitation is nor an accepted practices by the health care staff, it seems that general physicians are agree with it.

Key words: Witness resuscitation, medical opinion.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes han desarrollado su cultura médica y con frecuencia conocen más de su padecimiento que la población en general, cuestionan las aseveraciones y las indicaciones de sus médicos,^{1,2} como parte de este cambio posterior a la solicitud de dos familiares de estar con sus pacientes al momento de realizar maniobras de reanimación, nació el concepto de reanimación presenciada, experimentado por primera vez en 1984 en el hospital Foote en Michigan, trayendo desde su concepción opiniones encontradas entre el personal médico y paramédico de las áreas hospitalarias acerca del desarrollo de esta práctica. A pesar de que en la literatura ya se ha abordado este tema, aún no se han logrado resultados concretos, por una parte la oposición de la mayor parte del equipo médico y por otro la creciente demanda de los familiares que reclaman como un derecho presenciar la reanimación. En el pasado los miembros de la familia eran excluidos del proceso de reanimación, hoy en día sin embargo, los profesionales de la salud debaten sobre la validez de este tema. En el transcurso de los años el auge inicial del mismo ha ido en declive, no así la necesidad de reanimar pacientes, principalmente dentro de las áreas de urgencias de los hospitales debido al cambio en los patrones conductuales de la sociedad que han llevado a una mayor atención por accidentes automovilísticos, violencia y atención de mayor población con enfermedades crónicas degenerativas. Así la reanimación presenciada sigue siendo un tema vigente en nuestras áreas de trabajo y cuyo desarrollo aún no ha sido resuelto, particularmente en lo que a la literatura de nuestro país se refiere. Algunos de los estudios retrospectivos dicen que se tienen beneficios sobre los familiares, muchos de los cuales sienten que ayudaron a sus seres queridos en ese trance y que los miembros del equipo de reanimación deben ser sensibles a la presencia de los familiares durante la reanimación.³ Un debate emocional ha crecido respecto al equipo médico sobre la presencia de los familiares de los pacientes durante la resucitación y las maniobras invasivas. La evidencia encontrada en este tema indica que la mayoría de los miembros de

la familia quisieran haber estado con sus seres amados durante ese momento, a pesar de estos datos, el proceso de la reanimación activa en la presencia de los familiares del paciente, permanece como un dilema ético, moral y legal entre los prestadores de servicios médicos,^{4,5} ya que las actitudes hacia la reanimación presenciada por enfermeras, médicos y familiares en la resucitación del politraumatizado son significativamente diferentes, esto es debido en parte a que la cultura es de importancia en el desarrollo de actitudes, comportamientos y se ha demostrado que son parte de los conceptos que impiden la reanimación presenciada por los familiares.^{6,7} Varios estudios han demostrado que algunos de los proveedores del Advanced Cardiac Life Support (ACLS) se encuentran también en contra de este proceso, al igual que la mayoría del grupo médico, entre los que se encuentran a favor, el equipo de enfermería parece tener una respuesta más positiva a la reanimación presenciada que los médicos en los análisis estadísticos.⁷ Una de las razones a favor de la reanimación cardiopulmonar presenciada (RCPp) es que en ningún departamento de emergencias es posible desarrollar lazos afectivos con la familia y durante el tiempo que se invierte en la reanimación, se crea un puente entre los familiares y la persona que explica la reanimación que permite una comunicación del equipo con ellos sobre la muerte de una manera más fácil, esto es al mismo tiempo una de las dificultades técnicas encontradas en el departamento de urgencias ya que no tenemos suficiente lugar para acomodar a los familiares.⁸

Las influencias de la cultura en los problemas médicos y en el cuidado de la salud son aparentes si se examinan los mecanismos de adquisiciones y conocimientos médicos y los modelos explicativos de las enfermedades.⁹

El conocer la forma en la cual nuestra cultura, tanto la popular como la médica se enfrenta a este tema pudiera enfocar nuevas políticas de atención en pro de los pacientes. Por tal motivo se realizó este estudio para conocer los puntos de vista de los profesionales de la salud en lo referente a permitir la reanimación presenciada en sus áreas de trabajo y enlistar las causas principales mencionadas por ellos para su práctica u oposición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio trasversal descriptivo observacional con enfoque cuali-cuantitativo, que se llevó a cabo entre abril y diciembre del 2005 en las áreas de urgencias adultos de algunos de los hospitales de la región centro occidente del país.

Se aplicó como cuestionario estructurado en base a listas libres, escala de actitudes y cuestionario semiaabierto y se consideraron entrevistas a sujetos clave, definidos como aquellos que han vivido situaciones de reanimación presenciada. Se calculó un tamaño de muestra con un intervalo de confianza del 95% y un error tipo I de 5% de 10 personas que laboran en el área de urgencias por hospital y que pertenecieran al ramo médico y paramédico que se encontraran adscritos al servicio de Urgencias de su hospital sin importar su grado académico o estatus en el hospital, con una antigüedad mínima en el servicio de un año y que expresara su consentimiento a participar en el estudio. El tamaño de muestra se eligió por medio de cuotas dentro de los 3 turnos que laborara el hospital. A los participantes se les aplicó la encuesta que contenía situaciones relativas al conocimiento de la RCP, certificación por la American Heart Association (AHA) y su experiencia en ésta, las opiniones en tanto a la presencia de los miembros de la familia durante los códigos de reanimación, así como los datos sociológicos de los profesionales de la salud, sus opiniones y sus experiencias en la reanimación presenciada. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado por escrito.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se elaboró una guía de discusión en base a los estudios previos la cual se aplicó a un grupo de discusión focal de expertos en el tema, considerados como expertos a instructores del curso de ACLS avalados por la AHA. El grupo Delphy estuvo conformado por 3 médicos especialistas en medicina de urgencias y 2 enfermeras adscritas al área de reanimación y terapia intensiva del Hospital General Regional 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social. A todos en forma individual y por escrito se preguntó su opinión en general sobre RCP, sus razones en pro y contra de y sus experiencias con ella. Se recopilaron y afrontaron los resultados de los 5 y de ello, se formularon recomendaciones para la integración de un cuestionario estructurado y formatos de entrevista abierta para informantes claves. Los cuales se volvieron a enviar a los especialistas, les modificaron el cuestionario y se regresó al autor y finalmente se obtuvo la versión final

del mismo. Los cuestionarios se diseñaron para obtener 3 grupos de información; la primera parte, fue para recolectar los datos sociodemográficos de los participantes y respecto a su conocimiento sobre la reanimación. La segunda parte consistió en 13 reactivos, producto de las opiniones de los expertos, para determinar la actitud de los encuestados acerca de la reanimación presenciada mediante una escala de acuerdo de tipo Licker con 5 grados de opinión. La tercera parte del modelo consistió en listas breves sobre las razones a favor, en contra y las experiencias del encuestado con reanimación presenciada.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se efectuó con los programas Epi Info 2002, SPSS V 10 y para el análisis sociocultural el programa Antropac versión 2.0

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 138 encuestas en salas de Urgencias de 22 hospitales de la región centro occidente a través de aplicación directa. El rango de edad de los participantes fue de 18 a 57 años, X 33.10, DS 9 años. 43.5% (n = 60) eran del sexo masculino y 56.5% (n = 78) femeninos. En cuanto a sus creencias religiosas 91.3% (n = 126) declararon pertenecer a la religión católica, 2.2% cristianos (n = 3), 0.7% (n = 1) a otras y 5.8% (n = 8) dijeron ser ateos. De los católicos, 66 de ellos (52.8%) se catalogaron como practicantes de su religión y 56 (47.2%) como no practicantes, de los cristianos y otra religión el 100% se declararon como practicantes de sus creencias. Del total de encuestados 62.3% (n = 86) fueron médicos y 37.3% (52), 74.6% (n = 103) eran personal de base y 25.4% (n = 35) médicos en proceso de formación para alguna especialidad. De las especialidades médicas que se encontraron laborando en urgencias 21% (n = 29) eran médicos generales y 79% (n = 57) especialistas o subespecialistas pertenecientes a 10 ramas de la medicina; 2 anestesiólogos, 7 cirujanos generales, 1 infectólogo, 1 intensivista, 4 médicos familiares, 18 médicos internistas, 1 reanimólogo, 6 traumatólogos y 16 urgenciólogos. Del personal de enfermería 78.8% (n = 41) eran enfermeras generales, 13.5% (n = 7) especialistas en cuidados críticos, 3.8% (n = 2) especialistas en enfermería quirúrgica, 1.9% auxiliar de enfermera y 1.9% licenciada en enfermería.

Del total de encuestados 95.6% (n = 132) refirió conocer los procedimientos sobre la RCP y sólo 4.3% (n = 6) dijeron desconocer acerca de la misma. Del total de los que mencionó conocerla sólo 87.1% (n

= 115) dijo haber tomado algún curso sobre reanimación siendo los más referidos BLS, ACLS, FCSS, PALS, RCP neonatal y cursos locales propios de cada institución. De los que mencionaron tener algún curso de reanimación, sólo 21.2% (n = 29) se encuentra certificado por la AHA como Proveedores, con un rango de entre 1 a 7 años de su última fecha de certificación.

OPINIONES SOBRE LA REANIMACIÓN PRESENCIADA

Del total de encuestados 69.6% (n = 96) refirió haber escuchado y conocer lo que significa el término de reanimación presenciada. No se encontró asociación entre variables como género, religión ni la práctica de ésta y la aceptación de la reanimación presenciada. Se encontró que entre los grupos de edad, el de menos de 30 consideró que la reanimación presenciada ayudaría para que los familiares quedaran más satisfechos con los esfuerzos realizados a su paciente y con ellos mismos (OR de 1.98 I.C. 1.05 -3.75, p < 0.05).

Se encontraron diferencias de opinión entre los médicos generales y los especialistas al interrogar sobre si consideraban que de realizar esta práctica los familiares podrían darse cuenta del esfuerzo que se hace para conservar la vida del paciente (OR 0.19 I.C. 0.03 - 0.97, p < 0.05). Al momento de preguntarles sobre si consideraban que la reanimación presenciada ayudaría para que los familiares quedaran más satisfechos con los esfuerzos realizados a su paciente y con ellos mismos también se encontraron diferencias (OR 0.18, I.C. 0.04 - 0.75, p = 0.06).

Existió una débil asociación entre las diferentes especialidades médicas al momento de interrogarles acerca de si realizar esta práctica los familiares podrían darse cuenta del esfuerzo que se hace para conservar la vida del paciente (p = 0.07) y al considerar que al momento de la reanimación los familiares no pudieran soportar los esfuerzos y eso fuera traumatizante para ellos se encontró una (p = 0.06).

En lo referente a especialidades de enfermería y reanimación presenciada, se encontró asociación entre ellas al preguntarles acerca de si creen que la población en general no se encuentra preparada emocional ni psicológicamente para esta práctica (p = 0.05).

ANÁLISIS SOCIOCULTURAL

De las razones pro, contra y las experiencias con reanimación presenciada se realizaron listas libres de cada tema, donde se enumeraban las ideas principales expresadas por los participantes de cada apartado

para buscar un patrón cultural común encontrando los siguientes resultados.

Razones pro la reanimación presenciada: Se encontraron 13 ideas comunes al total de participantes (*Cuadro I*) el análisis antropológico de las mismas en búsqueda de un modelo de consenso cultural no mostró consenso sobre el mismo (X, de conocimiento cultural = 0.29).

Razones contra la reanimación presenciada: Se encontraron 14 ideas comunes al total de participantes (*Cuadro II*), no arrojando un consenso sobre un solo modelo cultural único (media de conocimiento 0.146).

Experiencias con reanimación presenciada: Del total de encuestados, 39.1% (n = 54) mencionó haber tenido alguna experiencia con reanimación presenciada, ya sea como participante del grupo médico, o bien, como familiar que presenció la reanimación. Sus respuestas (*Cuadro III*) se sintetizaron en una lista breve que se analizó a través del Antropac encontrando un rango de variabilidad significativo de 4.408 entre las respuestas proporcionadas. Sugiriendo la existencia de un modelo cultural que pudiera explicar estos resultados.

Cuadro I.
Razones a favor de la reanimación presenciada.

Ítem	Frecuencia	pct
Aceptación	27	42
Esfuerzo	22	39
Conocimiento	10	15
RELMEDPAC	6	9
Demandas	3	5
Concientizar	2	3
Tranquilidad	2	3
Calidad	2	3
Conformidad	2	3
Duelo	2	3
Empatía	1	2
Derecho	1	2
Promoción	1	2

Modelo de Consenso Cultural

Modelo	Valor	%	Rango de variabilidad
1	3.37	49.0	1.59
2	2.347	30.8	1.53
3	1.533	20.1	
Conocimiento cultural		0.39 ± 0.366	

Cuadro II.*Razones en contra de la reanimación presenciada.*

Ítem	Frecuencia	pct
Trauma	36	24
Negligencia	31	21
Carencia	30	20
Ignorancia	30	20
Cultura	21	14
Entorpecer	21	14
Demandas	8	5
Diagnóstico	7	5
Incoordinación	4	3
DNR	2	1
Estrés	2	1
Fracaso	1	1
Malinterpretar	1	1
No hacer	1	1

Modelo de Concenso Cultural

Modelo	Valor	%	Rango de variabilidad
1	2.103	59.5	1.96
2	1.07	30.3	2.957
3	0.362	10.2	

Conocimiento cultural 0.146 ± 0.359

DISCUSIÓN

De los datos obtenidos podemos decir que el personal que se encuentra laborando en las salas de reanimación en los departamentos de urgencias es personal joven, con edad promedio de 33 años, mismo que concuerda con lo encontrado por Schilling,¹⁰ arguyendo en esta serie, que la edad se encuentra asociada a inexperience y es un factor negativo que por ende predispone a mayor rechazo a la práctica de reanimación por parte del personal. En nuestra observación sin embargo, los resultados obtenidos no evidencian diferencias entre los diversos grupos de edad, es decir, para nuestro estudio, la edad no influye en la percepción del equipo de salud sobre la reanimación presenciada.

En lo referente a la profesión, a diferencia de lo que usualmente es reportado en la literatura^{7,11-14} el personal de enfermería es más proclive a aceptar esta práctica. En nuestro estudio no se encontraron diferencias de opinión acerca de la práctica de reanimación presenciada entre el personal médico y de enfermería, rechazando en su mayoría como conjunto ésta.

Sobre a las especialidades médicas que atienden las salas de urgencias de los hospitales encuestados,

Cuadro III.*Experiencias con reanimación presenciada.*

Ítem	Frecuencia	pct
Buenas	10	26
Malas	4	11
Positivas	3	8
Tranquilidad	2	5
Traumáticas	2	5
Aceptación	2	5
Satisfactorias	2	5
Esfuerzo	2	5
Difícil	1	3
Incomprensión	1	3
Desagradables	1	3
Demandas	1	3
Deprimentes	1	3
Carencia	1	3
Ansiedad	1	3
Conforme	1	3
Desesperación	1	3
Buenas	1	3
Estresados	1	3
Apoyo	1	3
Estresados	1	3
Nerviosismo	1	3

Modelo de Concenso Cultural

Modelo	Valor	%	Rango de variabilidad
1	13.780	71.0	4.408
2	3.127	16.1	1.244
3	2.513	12.9	

Conocimiento cultural 0.651 ± 0.388

pudimos observar una amplia heterogeneidad sobre la mismas, confluendo en ellas distinto tipo de especialidades y teniendo una participación muy importante los médicos generales, contando con el 21% de los que atienden urgencias, en contraste con el 78.99% constituido por diferentes especialidades y si se compara como grupo contra cada grupo de especialistas, observamos que por mucho, son los médicos generales son los que atienden de primer contacto a los pacientes. Este hecho parece ser un factor importante para la aceptación de la práctica, evidenciado a través de significancia estadística, demostrando que los médicos generales consideran que de realizarse la reanimación presenciada se apreciaría más por la población el esfuerzo que éstos realizan en la reanimación, que disminuiría el número de demandas y ex-

presando que los familiares quedarían más satisfechos con esta práctica.

En lo referente a enfermería, se encontró diferencia significativa de opinión entre sus distintas ramas al expresar el hecho de que consideran que la reanimación presenciada le ayudaría al familiar durante su primer fase del duelo, pero al mismo tiempo expresan que la población no se encuentra aún preparada para este tipo de práctica.^{4,7,12-15}

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por otros autores, donde las enfermeras se encuentran más a favor de la reanimación, mas sin embargo, difiere de ellas al momento que consideran que la población no se encuentra preparada para ello.

En tanto a los conocimientos del personal sobre la RCP, la mayoría dice conocer los procedimientos de RCP (95.6%), sin embargo, sólo el 87% ha tomado en algún momento un curso de reanimación, lo que nos deja por lo menos un 8.5% que ha aprendido estas técnicas en forma empírica, aún más, del total de encuestados sólo el 21.2% se encuentra certificado por la AHA con un promedio de certificación de 2.8 años, factor que pudiera considerarse como adverso para la promoción y práctica de la reanimación presenciada, sin embargo, esto no garantiza al 100% la aceptación de esta conducta ya que Moreland⁶ en su estudio, reporta que los proveedores de ACLS no necesariamente muestran una actitud más favorable ante el desarrollo de la RCP presenciada, en nuestra serie no encontramos diferencias entre el encontrarse certificado y el estar a favor del desarrollo de esta práctica. En tanto al análisis cultural de nuestra población referente a estar en pro de la reanimación presenciada, demuestra que no existe un solo patrón cultural, es decir, que no existe una sola idea perteneciente a todos como conjunto, sino diferentes conceptos que se agruparon en 3 rubros importantes, a saber; 1) de realizarse esta práctica la familia reconocería el esfuerzo realizado por el personal para salvar la vida del paciente. 2) Por orden de importancia, se engloban ideas como la aceptación del proceso de muerte y separación, que aumentaría la conformidad del familiar ante la pérdida del ser, promovería la reanimación y disminuiría las demandas médicas. 3) El hecho de considerar que al momento de dar reanimación presenciada se aumentaría el conocimiento de la población sobre estos temas. Éstos son los 3 grupos de conceptos que en su conjunto, son los constituyentes predominantes en nuestro personal a favor de la práctica de estos códigos.

Los motivos encontrados en nuestro grupo son: 1) Como las ideas predominantes para no aceptar esta práctica, el evidenciar las negligencias médicas, la ig-

norancia de la población, el concepto de que la reanimación presenciada puede causar un trauma a los familiares y la falta de cultura hacia la muerte. 2) Con menor fortaleza, o con menos arraigados, el temor a que aumente el número de demandas, la falta de coordinación del personal al momento de las reanimaciones y el diagnóstico que llevó al paro al paciente. Esto también es consistente con lo reportado en estudios previos, respecto a la idea que el acto de reanimación presenciada es traumático para los familiares, pero difiere en aspectos como el diagnóstico del paciente y la incoordinación médica. Finalmente, es de resaltar que a pesar de lo encontrado, este conjunto de ideas no representa un solo modelo cultural, sino un conjunto de por lo menos 3 bloques de ideas conceptuales como parte de nuestro gremio, influenciado, sin lugar a dudas por las experiencias y limitaciones propias de nuestro país.

En tanto a las experiencias referidas por los participantes, se concluye que a pesar que sólo un 69.6% de los entrevistados dijo conocer la RCP presenciada, es una práctica que 36.95% ha realizado, con diversas experiencias. Con los datos recabados, se pudo hallar un modelo cultural explicativo en tanto al concepto que tenemos como parte de la sociedad y la cultura médica en que vivimos, ya que la mayoría de los que la han experimentado manifiestan un conjunto de ideas, una mezcla contradictoria de ellas, por un lado, el hecho que han sido experiencias, buenas, positivas, con satisfacción para los familiares y para ellos, sin embargo, dentro de esa misma asociación, refieren que en ocasiones las experiencias han sido malas ya que se han encontrado estresados y con nerviosismo de parte de los familiares. Entre otro grupo de concepciones más débiles o menos arraigadas en nuestra población se encuentra a favor que los familiares refieren mayor tranquilidad durante el deceso de su ser querido y al mismo tiempo notan el esfuerzo del personal durante esos minutos.

CONCLUSIONES

Se evidencia que la opinión del equipo de salud que labora en las áreas de urgencias en los hospitales estudiados no difiere en gran medida de lo encontrado en otros reportes, a pesar de que nuestra cultura hacia la muerte y su afrontamiento teóricamente difiere del resto de las culturas.¹⁵⁻¹⁷

A pesar que la reanimación presenciada no es un concepto difundido entre nuestra comunidad, si se ha realizado en una parte importante de los entrevistados, ahora bien, el concepto de reanimación presenciada no es un concepto difundido en el ámbito

médico, ni en la mayoría de los cursos de reanimación lo que lleva al cuestionamiento de cómo se ha ido filtrando ese concepto a las salas de reanimación.

El grupo de enfermería en su mayoría no apoya la RCCPp, los médicos generales son los que parecen estar más a favor de la reanimación, el porque no puede ser determinado con los resultados obtenidos.

Debemos de hacer énfasis en conceptos como el hecho que los familiares conocen el esfuerzo del personal involucrado y que fomenta el proceso de aceptación y combatir conceptos tales como el trauma psicológico a los familiares, que la literatura ha evidenciado como falso.

Finalmente, se puede concretar la realidad que predomina en nuestros hospitales en cuanto a la atención de urgencias, una atención otorgada por una heterogeneidad de especialistas con conceptualizaciones muy distintas tales como puede ser tomado por ejemplo la reanimación presenciada y que aún sigue persistiendo el aprendizaje por imitación como un predominante en la transmisión de conocimientos, tomando como ejemplo la divergencia de números entre los que dicen conocer reanimación y los que alguna vez han tomado algún curso sobre la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre-Gas HG. Principios éticos de la práctica médica. Cir Cir 2004; 72: 503-510.
2. American Heart Association. Asistolia, algoritmo para corazón silencioso. AVCA Manual para proveedores. Brasil: Waverly Hispanica S.A.; 2002: 117-118.
3. American Heart association. Ethical aspects of CPR and ECC. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Brasil: Waverly Hispánica S.A; 2000: 19.
4. Russell B. Witnessed resuscitation by relatives. Resuscitation 2000; 43: 171-176.
5. O'Brien MK, Creamer M, Hill EE, Welham J. Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses, and residents. Pediatric Emergency Care 2002; 18 (6): 409-413.
6. Moreland P, Manor B. Family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department: A review of the literature. Journal of Emergency Trauma 2005; 31: 58-72.
7. Ellison S, Bridge O. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. J Emerg Nurs 2003; 29: 515-21.
8. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell GL, Eggleston CV et al. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet 1998; 352 (22): 614-622.
9. De la Fuente R. Psicología médica, Nueva versión. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1994.
10. Schilling RJ. Should Relatives watch resuscitation? BMJ 1994; 6: 406.
11. Marcus EH, Onga YH, Chamb DE, Srither YH, Lima. Asian medical staff attitudes towards witnessed resuscitation. Resuscitation 2004; 60: 45-50.
12. Bruce M, McClenathan MC et al. Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. A survey of US and international critical care professionals. Chest 2002; 122: 2204-2211.
13. Grice AS, Picton P, Deakin CDS. Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. British Journal of Anaesthesia 2003; 91 (6): 82024.
14. Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. Family presence during trauma resuscitation: A survey of AAST and ENA members. The Journal of Trauma 2000; 48 (6): 1015-1024.
15. Whitlock M. Should relatives be allowed to watch resuscitation?: The doctors' perspective. BMJ 1994; 308:1687-1688.
16. Baskett, Peter JF. Should relatives be allowed to watch resuscitation?: Doctors need to be trained to work in public. BMJ 1994; 308: 1689.
17. Meyers TA et al. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. J Emerg Nurs 1998; 24: 400-5.