

La presencia familiar durante la resucitación médica tal como aparece en las series televisivas de gran audiencia: *House, Grey's Anatomy, Medic*

House M.D. | EEUU | 2004-2012

Grey's Anatomy | EEUU | 2005-

Medic | EEUU | 1954-1956

Zohar Lederman*

Università degli Studi di Pavia, Italia

Recibido 10 octubre 2012; aceptado 25 octubre 2012

Resumen

Introducción: Aunque no haya ninguna evidencia científica que refute el beneficio que significa la presencia de la familia durante RCP, los prestadores de la salud persisten en oponerse a ella. Aunque los motivos para esta oposición no han sido dados a conocer, las series televisivas de temas médicos pueden jugar un rol en perpetuarla. Por lo tanto, analizando los modos en que aparece representada la presencia familiar durante las RCP en estos programas, podemos entender mejor los factores que influyen en las actitudes de los profesionales de la salud en este tema, y tal vez utilizar la televisión para modificarlos, de acuerdo con la evidencia científica y las directivas vigentes. **Objetivo y metodología del estudio:** examinar la manera en que se muestra la presencia familiar durante una resucitación en las nuevas series de dramas médicos en los horarios de gran audiencia, y comparar estas representaciones con una serie televisiva anterior, que también fue exhibida en horario central. Para ello se procedió al visionado y análisis del siguiente material: (a) todos los episodios de la primera temporada de *House*, (b) Todos los episodios de la primera temporada de *Grey's Anatomy*, (c) 16 episodios de *Medic*. **Resultados:** En *Grey's Anatomy*, la familia está presente en solo una de 12 RCPs. En *House:MD*, la familia está presente en seis de 14 RCPs. En *Medic*, la familia estaba presente en el único caso de RCP representado. **Conclusión:** en la actualidad, las series médicas de mayor audiencia reflejan y probablemente ejercen influencia sobre las actitudes hacia la PFDR (presencia familiar durante resucitación) tanto de la comunidad médica como la del lego. Sin embargo, estas actitudes no se correlacionan con la literatura existente y los lineamientos norteamericanos y europeos. Por lo tanto, los guionistas, legos y profesionales de la salud deberían corregir cualquier opinión no fundamentada que se oponga a la PFDR y señalar solo aquellos que se basan en evidencia científica.

Palabras clave: Presencia familiar durante la resucitación | PFDR | RCP | Televisión

Abstract

Even though there is no scientific evidence to refute the benefit of family presence during CPR, healthcare providers still oppose it. While the origin of this opposition is yet to be revealed, medical dramas may play a role in perpetuating it. Thus, by analyzing the way family presence during CPR is portrayed on TV, we can further understand the factors that influence the attitudes of healthcare staff towards the issue, and perhaps use TV to modify them in accordance with scientific evidence and formal guidelines.

Key Words: Family presence during resuscitation | CPR | television | media

El primer episodio de la tercera temporada de *Héroes* comienza cuando a Peter Petrelli no le permiten permanecer en el cuarto de hospital donde su hermano, Nathan Petrelli, está siendo sometido a una resucitación cardiopulmonar (RCP). El médico que le niega la posibilidad de permanecer ni siquiera le contesta la pregunta “¿se va a salvar?” y cierra las puertas del cuarto sin decir una pa-

labra. La música de fondo indica urgencia. En la escena siguiente, Peter mira con impotencia al médico que decepcionado, sale del cuarto y dice “Lo siento”.

En este artículo se utilizarán las siguientes definiciones:

RCP en los medios: cualquier situación en la que se hacen compresiones de pecho o donde se practica una intubación de urgencia en un paciente, se dice que el pa-

* Zoharlederman@gmail.com

ciente está sufriendo un ‘paro cardíaco’ o una ‘descompensación’, se trata a un paciente inconsciente debido a una arritmia potencialmente fatal o un médico declara que el paciente ha fallecido.

PFDR (Presencia Familiar Durante Resucitación): la presencia de cualquier miembro de la familia, con o sin lazos de sangre, amigo, esposo o esposa o cualquiera que comparta alguna forma de relación íntima con el paciente.

Ya en 1994 fueron publicadas directivas recomendando que se permita la presencia de la familia durante RCP.¹⁻

³ En la actualidad tanto los lineamientos europeos como los norteamericanos recomiendan que se permita PFDR.⁴⁻⁶ Sin embargo, estos lineamientos no cuentan aparentemente con el apoyo de todos ni están siendo implementados en su totalidad por los profesionales de la salud, particularmente los médicos. La literatura existente también sugiere que los médicos con menos experiencia son los que menos están a favor de PFDR.⁷⁻¹⁴ La objeción hacia PFDR puede que se origine en la preocupación por la familia que está sufriendo un evento traumático, preocupación por la privacidad y cuidado del paciente, aumento de juicios por mala praxis, falta de espacio físico, o preocupación por los profesionales que puedan experimentar ansiedad en cuanto a su desempeño, o ser sujetos a actos de violencia por parte de la familia.^{10,15,16} La realidad dice que, en 2003, solo el 5% de 984 enfermeras y enfermeros que participaron en la encuesta trabajaron en cuidados intensivos o unidades de emergencia que tuvieran protocolos que aceptaran PFDR.¹⁷

Quedan por responder ciertas preguntas: ¿Por qué se oponen los profesionales de la salud a la PFDR a pesar de la literatura científica^{13, 18-21} y los lineamientos que cuestionan esta oposición? ¿De qué manera se formaron estos conceptos erróneos? Este artículo no pretende tener todas las respuestas, lo que busca es discutir sobre un factor que parece ser una pieza importante en la perpetuación de algunos de estos conceptos o malentendidos. La televisión puede ejercer influencia sobre las actitudes tanto del lego como de los profesionales en lo que a la PFDR se refiere.

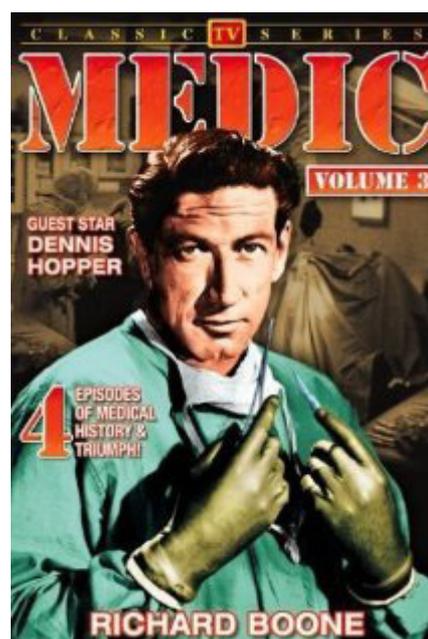
Hace ya tiempo que la televisión en general y las series de temas médicos en particular son considerados un vector importante de información que moldea y contribuye a la percepción social e influencia cultural de la institución médica.²²

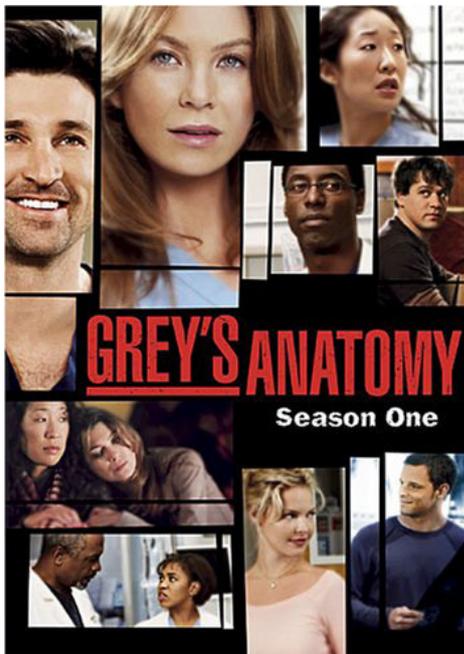
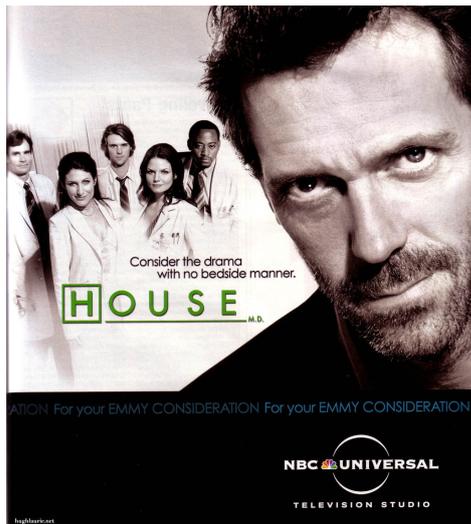
Ya en 1996, Diem et al sugierían que la representación de una escena de RCP en televisión podría darle al espectador una noción irreal del grado de éxito de la RCP y por lo tanto, generar una falsa sensación de esperanza.²³ Otros estudios de observación, que analizaron otras series televisivas, tanto norteamericanas como extranjeras, han demostrado que el

índice de éxito del RCP fue de hecho realista, pero sugerían que había otros motivos de preocupación, tales como los efectos psicológicos desde el punto de vista cualitativo de las escenas dramáticas de RCP,²⁴ razones irreales para el uso de RCP y el tipo de población a quienes se les efectuaba resucitación,^{25, 26} y el no mostrar los efectos a largo plazo, sólo los de corto plazo.²⁷

Además, muchos han discutido los efectos específicos que las series médicas tienen sobre los estudiantes de medicina, haciendo que los estudiantes elijan una residencia por encima de otra, o moldeando su conducta médica en general.²⁹ Un estudio propone cambiar la manera en que se muestra el sistema de salud en estos programas por temor a que los televidentes alberguen falsas expectativas de sus prestadores de salud.³⁰ Otro estudio felicita a los guionistas de *House* por la manera realista en que muestran el manejo del dolor crónico.³¹ En su prólogo, los autores de un libro de texto de psiquiatría, culpan a la película *One Flew Over the Cuckoo's Nest (Atrapado sin salida, Milos Forman, 1975)* y al programa *Dr. Phil* por ocuparse de la psiquiatría “con un aura de vaguedad, imprecisión, confusión y coerción irracional”.³² Inclusive Baer, médico y co-productor de *ER Emergencias*, contestando a Diem et al., y aún afirmando que la televisión afecta en cierta medida el saber de los televidentes, se manifiesta en contra de la postura de culpar a la televisión en vez de a los propios médicos.

Metodología: Los 22 episodios de la primera temporada de *House MD* y 9 episodios de *Grey's Anatomy* fueron vistos y analizados. También fueron vistos y analizados 16 episodios de *Medic*.





Medic fue el primer drama médico exitoso transmitido en horario central en Estados Unidos entre 1954 y 1956 mientras que *House MD* (2004-2012) y *Grey's Anatomy* (2005 – a la fecha) están entre los dramas médicos más populares.²²

Uno de los revisores del equipo de investigación identificó los casos de RCP de acuerdo a la definición arriba estipulada y por cada caso se tomaron en cuenta 7 criterios: nombre, edad y sexo del paciente, razón para el RCP, la enfermedad subyacente, lugar donde se efectuó RCP y los detalles de presencia familiar. Un segundo revisor, un académico, analizó 5 episodios de *House* para aumentar la confiabilidad, verificándose un 100% de consenso inter-observadores. Todos los casos fueron

revisados por segunda vez por el revisor principal para aumentar la confiabilidad. Las RCPs efectuadas en la sala de operaciones fueron excluidos por suponer que las familias no podían estar presentes.

Resultados: (ver tabla al final)

House: MD. Se registraron 14 episodios de RCP de los cuales uno fue efectuado fuera del hospital. En cuatro de los 14 casos, no hay familiares acompañando al paciente. En uno de esos casos, un miembro de la familia (un agente comercial) aparece inmediatamente después de la intubación y se queja porque ésta se llevó a cabo a pesar de la orden NR (No resucitar). En cuatro casos la familia es excluida ya sea invitándolos a salir de la habitación o cerrando las cortinas para que los familiares no pudieran ver. En seis casos la familia está presente, uno de los cuales se efectuó antes de llegar al hospital. En uno de estos seis casos la familia no estaba presente en la habitación pero podía observar a través de las puertas vidriadas. A las familias nunca se las invita a estar presentes durante el procedimiento. En ninguno de los seis casos donde sí está presente la familia, ésta estuvo acompañada por algún miembro del staff médico.

Grey's Anatomy: Se registraron 12 RCPs (dos de ellas que se efectuaron en la sala de operaciones no fueron tomados en cuenta). En diez casos no hay familiares presentes durante la RCP. En un caso la esposa del paciente está presente pero es compelida a salir de la habitación. En otro caso, el médico le pide que se retire de la habitación, pero se niega y se queda. La familia nunca es invitada a estar presente durante la RPC. En el único caso en que se encuentra presente un miembro de la familia, el marido, éste no está acompañado por algún miembro del staff médico.

Medic: Se registró una RPC en la cual el médico va a la casa del paciente e informa a la familia que el paciente había fallecido, sin intervención. Al lado de la cama del paciente se encuentra la hija, también está presente un rabino.

Discusión

Se extraen dos conclusiones de los resultados: primero, que los actuales dramas médicos en los horarios centrales no muestran la opción de PFDR tal como recomiendan los lineamientos actuales. Sin embargo, estos dramas médicos son realistas en la medida en que presentan una postura negativa hacia la PFDR, que es la práctica médica preva-

lente mundialmente.^{7-12,17} En ambos dramas, los familiares nunca han sido invitados a estar presente durante la RCP.

En *Grey's Anatomy*, en un caso se les pidió a los miembros de la familia que dejaran la habitación durante RCP. En ninguno de los diez casos restantes de RCP estuvieron presentes los miembros de familia. PFDR solo se permite en uno de 12 casos de RCP, y solo debido a la insistencia del familiar. En *House MD*, los familiares estuvieron presentes en seis de los 14 casos de RCPs, y no estuvieron presentes en cuatro casos. En otros cuatro casos la familia fue excluida. En los cinco casos de RCP realizados en el hospital donde familiares estuvieron presentes en la habitación o donde podían presenciar la RCP desde afuera, no estuvieron acompañados por ningún miembro del staff médico para ofrecerles apoyo, como recomiendan las actuales directivas.^{4,5} Tal como fue mencionado anteriormente, en un caso, el familiar, agente de negocios, entra a la habitación después de haberse efectuado una intubación de emergencia en un paciente que había firmado una orden de NR. El agente esta evidentemente perturbado.

Una segunda conclusión, aunque de valor anecdótico debido al bajo poder estadístico (N=1), es que la RCP en *Medic* es presentada de una manera muy diferente a las de *House* y *Grey's Anatomy*. El paciente muere en su cama, en su casa, con su hija y un rabino que reza mientras el paciente agoniza. Cuando fallece, el médico no intenta tomar medidas heroicas, simplemente cubre la cara del paciente con una manta e inmediatamente se da vuelta para consolar a la hija diciéndole que ya habían hablado anteriormente sobre esto y que “era inevitable”. El proceso de duelo de la familia comienza en la misma habitación donde fue anunciado el fallecimiento, y al mismo tiempo, junto al cuerpo del ser amado, se encuentra el médico y una figura de apoyo (en este caso un rabino). La música de fondo es suave y tranquilizante, a diferencia de la música agitada que se escucha en la mayoría de las RCP que ocurren en las series más modernas. Esto último sin embargo, no pudo ser cuantificado objetivamente.

En base a estas dos conclusiones, podemos presumir los efectos que los modernos dramas médicos televisivos pueden tener sobre los pacientes, sus familias y los profesionales médicos, especialmente aquellos con menos experiencia, tales como estudiantes de medicina y residentes. Los miembros de la familia rara vez están presentes y en el caso que estuvieran, son invitados a salir de la habitación de una manera dramática: música agitada, persianas cerradas y el médico estresado que utiliza un lenguaje imperativo, por ejemplo “sáquenlo de acá.” El caso de NR en

House enfatiza aún más este punto- el familiar se da cuenta de que el médico no hizo lo que debió hacer durante la RCP del ser querido y en consecuencia podría ser objeto de una demanda judicial.

El televidente puede concluir que los miembros de la familia no están presentes de ninguna manera o que, en el caso de estarlo, como debiera ser, serán invitados a dejar la habitación y/o se cerrarán las persianas y no podrán estar con sus seres queridos durante la RCP. Además el televidente puede llegar a la conclusión equivocada y pensar que la PFDR aumentaría el riesgo de una acción legal y que los familiares pueden perder la calma e interferir con el cuidado del paciente (ver el caso Gabe Reilick en *House*, donde el padre hace públicas sus dudas y amenaza a los médicos). Una vez más es importante hacer notar que ninguno de estos temores relacionados con la PFDR se sostiene en la literatura disponible.

Hay dos puntos generales más que deberían ser mencionados: Primero, en 16 episodios de *Medic*, solo se ve un caso de RCP, mientras que en los dramas médicos actuales se ven muchos más. Segundo, en *Medic*, el fallecimiento sucede en la casa del paciente, sin intervención del médico, mientras que en los dramas médicos actuales, la muerte generalmente sucede dentro del hospital y la RCP se realiza rigurosamente. Es razonable suponer que la sobremedicalización en estos tiempos modernos, de la muerte y la agonía, se debe a los avances tecnológicos y en un mayor grado, a un cambio cultural con respecto a la muerte y el rol que tiene la medicina en su tratamiento.³⁴⁻³⁹ La comparación de *Medic* con los actuales programas médicos en los horarios centrales, puede, como sostiene Ariès,⁴⁰ señalar un profundo cambio en la percepción de la muerte en el mundo occidental, y como consecuencia natural, en la actitud hacia la PFDR.

Limitaciones del Estudio

Mientras se aprecian las ventajas de RCP tal como se la puede ver en *Medic*, es importante notar que las compresiones de pecho no fueron puestas en práctica hasta alrededor de los años 60 y la respiración boca a boca aún no era una práctica protocolizada. Sin embargo, fueron utilizados otros métodos.^{19, 34, 41}

Como fuera mencionado anteriormente, cualquier estudio de N=1 claramente no tiene fuerza estadística y por lo tanto, solo tiene valor anecdótico. En este caso particular, el paciente que murió había tenido tres infartos cardiovasculares en ocho meses, y es posible que si la situación se repitiera en un drama médico actual, tampoco se tomarían medidas heroicas.

Similar al argumento presentado por Baer ³³, no hay evidencia de que la manera en que es presentada la PFDR en los horarios centrales en televisión, afecte las actitudes hacia PFDR del público o de los profesionales de la salud, por lo tanto, no se ha podido establecer una real correlación causal por el momento.

Conclusiones

Tanto pacientes como profesionales de la salud con menos experiencia, tienen pocas oportunidades para aprender sobre PFDR. Aunque una correlación causal entre PFDR en TV y su efecto sobre la PFDR en la vida real, tal vez nunca pueda establecerse, es probable que ejerza cierta influencia. Los guionistas deben tener esto en cuenta y tal vez considerar modificar la manera en que presentan el tema de la PFDR. Las percepciones del lego sobre PFDR y RCP en general puede que se vean afectadas por la televisión también, como puede inferirse de Grice et al.⁴² Sin embargo, personalmente adhiero a la posición de Baer ³³ y Diem et al ²³ argumentando que los médicos y otros profesionales de la salud tienen la responsabilidad de contrarrestar las imágenes equivocadas (por ejemplo, representar de manera negativa la PFDR) que se ven en televisión y la necesidad de educar a pacientes, a sus familias y a ellos mismos sobre los riesgos –o falta de ellos-

y los beneficios de PFDR.⁴³ Esta responsabilidad tiene tres aspectos:

Primero, los profesionales de la salud, quienes proveen asesoramiento a los guionistas, deben bregar por una correcta y precisa representación de la PFDR.

Segundo, los profesionales de la salud deberían ofrecer la opción de la PFDR y asegurarse que la familia esté bien informada y que sepa qué esperar, sea cual fuere su decisión.

Tercero, los profesionales de la salud deberían educar a sus colegas, especialmente a aquellos que tengan menos experiencia, sobre los beneficios que otorga la PFDR y referirlos a los lineamientos actuales.

Después de discutir una escena de *ER Emergencias* en la cual el Dr. Kerry Weaver dramáticamente excluye a la madre de la resucitación de su hijo, Ellen Tsai argumenta que “El arte imita la vida. Tradicionalmente, es de práctica pedir a la familia que se retire de la habitación durante el procedimiento de resucitación, hasta que todo esfuerzo se haya agotado. ¿Por qué los médicos y enfermeras siguen negándole a la familia la opción de permanecer con sus seres queridos durante la agonía, a pesar de los numerosos estudios que favorecen la presencia de la familia? Es hora que dejemos de escondernos detrás de temores infundados.”⁴⁴ Yo estoy de acuerdo, y me gustaría añadir que en ocasiones, es la vida la que imita al arte.

RCP	EPISODIO	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	CAUSA	ENFERMEDAD SUBYACENTE AL MOMENTO DE LA RCP	UBICACIÓN	DETALLES DE LA PRESENCIA DE LOS FAMILIARES
House 1	1- Pilot	Rebecca Adler	Adulta joven	F	Ataque	Desconocido	Hospital	No.
House 2	3 - “Occam’s razor”	Brandon	16	M	Taquicardia ventricular durante cateterismo cardiac	Desconocido	Hospital- sala esterilizada	Los padres están observando desde afuera y parecen confundidos o asustados después de que el médico cierra las cortinas
House 3	4 - “Maternity”	Hartig	Neonato	F	Ataque	Desconocido	Hospital	Los padres están presentes y no están incluidos
House 4	4 - “Maternity”	Chen-Lupino	Neonato	F	Infección	Desconocido	Hospital- sala esterilizada	Los miembros de la familia esperan afuera. Las cortinas se cierran.
House 5	5 - “Damned if you do”	Hermana Augustine	Adulta	F	Taquicardia	Desconocido	Hospital	Otra monja está presente y House no la excluye.
House 6	5 - “Damned if you do”	Hermana Augustine	Adulta	F	Reacción anafiláctica	Desconocido	Hospital- sala esterilizada	Otras monjas miran desde afuera.
House 7	8 - “Poison”	Matt	Desc.	M	Bradycardia	Desconocido	Hospital	La madre está en la habitación. El médico le solicita que se vaya afuera pero no la excluye.
House 8	8 - “Poison”	Chi	Desc.	M	Desconocido	Desconocido	Hospital	Los padres son retirados de la habitación.

House 9	9 - "DNR"	John Henry	Anciano	M	Iatrogénica	Esclerosis lateral amiotrófica?	Hospital	El personal médico realiza una resucitación después de la intubación, a pesar de la orden de No Resucitación.
House 10	13 - "Cursed"	Gabe Reilich	12	M	Laringoespasma	Anthrax?	Hospital	Los padres están en la habitación. El padre duda acerca de los médicos mientras la madre lo calma ("deja hacerles su trabajo")
House 11	14 - "Control"	Carly	Joven	F	Paro respiratorio durante la angiografía	Desconocido	Hospital	No.
House 12	16 - "Heavy"	Jessica	10	F	Infarto de miocardio	Desconocido	Escuela	Otros estudiantes están presentes
House 13	18 - "Babies and Bath water"	Naomi	Young adult	F	Embolismo pulmonar	Carcinoma de células pequeñas	Hospital	El marido es retirado de la habitación.
House 14	21 - "Three stories"		Mediana edad	M	Reacción alérgica al antídoto	Picadura de serpiente	Hospital	No.
Medic 1	28 - "General practitioner"		Anciano	M	Desconocido	Ataques cerebro vasculares	Casa	El rabino y su hija están presentes.
Grey's 1	1 - "A hard day's night"	Katie Bryce	Adulta joven	F	Ataque	Epilepsia	Hospital	No.
Grey's 2	2 - "The first cut is the deepest"	Allison	Adulta joven	F	Violación	Desconocido	Hospital	No.
Grey's 3	2 - "The first cut is the deepest"	Desc.	57	M	Asistolia	Desconocido	Hospital	No.
Grey's 4	2 - "The first cut is the deepest"	Desc.	Desc.	Desc.	Desconocido	Desconocido	Hospital	No.
Grey's 5	2 - "The first cut is the deepest"	Desc.	Desc.	Desc.	Desconocido	Desconocido	Hospital	No.
Grey's 6	3 - "Winning a battle, losing the war"	Kevin Davidson	Mediana edad	M	Trauma	Carrera de bicicletas	Hospital	La esposa entra mientras el paciente está en coma durante la RCP.
Grey's 7	4 - "No man's land"	Liz	55	F	Cáncer de páncreas	Cáncer de páncreas	Hospital	No.
Grey's 8	5 - "Shake your groove thing"	Mrs. Patterson	Anciana	F	Post - Bypass de arteria coronaria	Desconocido	Hospital	El médico solicita al esposo que deje la habitación ("sáquenlo de aquí"), pero no se retira.
Grey's 9	6 - "If tomorrow never comes"	Jimmie Harper	Mediana edad	M	Tromboembolismo	Trastorno posterior a la colocación del tubo de respiración	Hospital	La esposa está presente durante el ataque pero es retirada de la habitación durante la RCP.
Grey's 10	7 - "The self destruct button"	"Digby" Owens	Adulto joven	M	Shock séptico	Tatuaje	Hospital	No.
Grey's 11	8 - "Save me"		Joven	F	Desconocido	Desconocido	Hospital	No.
Grey's 12	9 - "Who's zoomin' who"	Mr. Franklin	Anciano	M	Complicación de paracentesis	Falla hepática	Hospital	No.

Referencias

1. Richard O. Cummins, M. F. H., The Most Important Changes in the International ECC and CPR Guidelines 2000. *circulation* 2000, 102, 371-376.
2. American Heart association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care :Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000, 102, 12-21.
3. Emergency Nurses Association Position Statement- Family Presence at the Bedside During Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation. 1994.

4. Paul Fulbrook, J. L., John Albarran, Wouter de Graaf, Fiona Lynch, Denis Decivtor, Tone Norekval, The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing Association, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Statement. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 2007, 5, (4), 86-88.
5. Laurie J. Morrison, G. K., Douglas S. Diekema et al., Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *circulation* 2010, 122, 665-675.
6. *Should Relatives Witness Resuscitation? A report from a Project Team of the Resuscitation Council (UK)* Resuscitation Council, UK: London, 1996.
7. Christine R. Duran, K. S. O., Jenni Jordan Abel et al, Attitudes Toward and Beliefs About Family Presence: A Survey of Healthcare Providers, Patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care* 2007, 16, 270-279.
8. A. Badir, D. S., Family Presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies* 2010, 44, 83-92.
9. Oren Wacht, K. D., Yoram Snir, Nadav Davisovitch, Attitudes of Emergency Department Staff toward Family Presence during Resuscitation. *IMAJ* 2010, 12.
10. Halm, M. H., Family Presence During Resuscitation: A Critical Review of the Literature. *American Journal of Critical Care* 2005, 14, 494-511.
11. Chew Keng Sheng, C. K. K., Ahmad Rashidi, A multi-center study on the attitudes of Malaysian emergency health care staff towards allowing family presence during resuscitation of adult patients. *International Journal of Emergency Medicine* 2010, 3, 287-291.
12. Bruce M. McClenathan, K. G. T., Catherine F.T. Uyehara, Family Member Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: A survey of US and international Critical Care Professionals. *Chest* 2002, 122, 2204-2211.
13. C. Dana Critchell, P. E. M., Should Family Members Be Present During Cardiopulmonary Resuscitation? A Review of the Literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2007, 24, (4), 311-317.
14. Manzar Zakaria, M. S., Presence of Family Members during cardio-pulmonary resuscitation after necessary amendments. *Journal of Pakistan Medical Association* 2008, 58, 632-635.
15. Oren Wacht. The Attitudes of the emergency department staff toward family presence during resuscitation. Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, 2008.
16. Boehm, J., Family Presence During Resuscitation. In *CODECOMMUNICATIONS*, 2008; Vol. 3.
17. Susan L. MacLean, C. E. G., Cheri White et al, Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practices of Critical Care and Emergency Nurses. *American Journal of Critical Care* 2003, 12, 246-257.
18. S.M Robinson, S. M.-R., G.L. Campbell Hewson, C.V. Egleston, A.T. Prevost, Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998, 352, 614-617.
19. Nibert, A. T., Teaching Clinical Ethics Using a Case Study: Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. *CriticalCareNurse* 2005, 25, 38-44.
20. Mason, D., Family Presence: Evidence Versus Tradition. *American Journal of Critical Care* 2003, 12, (3), 190-193.
21. Mary Anne Belanger, S. R., A rural Community hospital's experience with family-witnessed resuscitation. *Journal of Emergency Nursing* 1997, 23, 238-239.
22. Turow, J., *Playing Doctor: Television, Storytelling, & Medical Power*. 2 ed.; The University of Michigan Press: Michigan, 2010.
23. Susan J. Diem, J. D. L., James A. Tulsky, Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Miracles and Misinformation. *The New England Journal of Medicine* 1996, 1578-1582.
24. J Van Den Bulck, K. D., Cardiopulmonary resuscitation on Flemish television: Challenges to the television effects Hypothesis. *Emergency Medicine Journal* 2004, 21, 565-567.
25. P N Gordon, S. W., P G Lawler, As seen on TV: Observational study of Cardiopulmonary resuscitation in British television medical drama. *BMJ* 1998, 317, 780-783.
26. Ronald J. Market, M. G. S., correspondence- Cardiopulmonary Resuscitation on Television. *New England Journal of Medicine* 1996, 335, (21).
27. Dylan Harris, H. W., Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama. *Resuscitation* 2009, 80, 1275-1279.
28. Eliot M. Wallack, G. J. B., correspondence- Cardiopulmonary Resuscitation on Television. *New England Journal of Medicine* 1996, 335, (21).
29. O'connor, M. M., The Role of the Television Drama ER in Medical Student Life: Entertainment or Socialization. *JAMA* 1998, 280, (9).

30. Turow, J., Television entertainment and the US health-care debate. *Lancet* 1996, 347, 1240-1243.
 31. Theivendran, J., House MD: An analysis of Chronic Pain Managed with Opiate Therapy in Entertainment Television. In Imperial College Medical School: London, 2007.
 32. Donald W.Black, N. C. A., *Introductory Textbook of Psychiatry*. fifth ed.; American Psychiatric publishing, Inc.: Washington, DC, London, England, 2011. p. Xi and 15 respectively.
 33. Baer, N. A., *Cardiopulmonary resuscitation on television: Exaggerations and Accusations (editorial)*. 1996; Vol. 334, p 1604-1605.
 34. Timmermans, S., *Sudden Death and the Myth of CPR*. 1 ed.; Temple University Press: Philadelphia, 1999.
 35. Howard M. Spiro, M. G. M. C., Lee Palmer Wandel (ed), *Facing Death*. Yale University Press: New Haven, 1996.
 36. Ross, E. K., *On Death and Dying*. first ed.; Scribner: New York, NY 10020, 2003.
 37. Nuland, S., *How We Die*. second ed.; Vintage Books, A division of Random House, Inc: New York, 1993.
 38. Timmermans, S., Resuscitation technology on the emergency department: towards a dignified death. *Sociology of Health & illness* 1998, 20, (2), 144-167.
 39. Gupta, S., *Cheating Death- The doctors and Medical Miracles that Are Saving Lives Against All Odds*. Grand Central Life& Style: New York, 2009.
 40. Ariès, P., *The Hour of Our Death*. 1 ed.; Oxford University Press: 1981.
 41. Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC: A Consensus of Science. *circulation* 2000, 102, 1-11.
 42. A.S. Grice, P. P., C.D.S. Deakin, Study examining attituded of staff, patients and relatives to witnessed resuscitaion in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia* 2003, 820, (4), 820-824.
 43. Susan J. Diem, J. D. L., James A. Tulsky, correspondence- Cardiopulmonary Resuscitation on Television. *New England Journal of Medicine* 1996, 335, (21), 1607.
 44. Tsai, E., Should Family Members Be Present During Cardiopulmonary Resuscitation? *New England Journal of Medicine* 2002, 346, (13), 1019-1021.
-