

Cristina Baquero Gall i Jessica Mayor Fernández

ESTUDI QUALITATIU: ACTUACIÓ I PERCEPCIÓ D'INFERMERIA D'URGÈNCIES HOSPITALÀRIA DAVANT EL CODI ICTUS

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Sr. Pablo Espin Aguade

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'infermeria

COMA-RUGA 2023

*“Las enfermeras tienen esa manera única e insaciable de cuidar de otros,
lo que es una gran fortaleza y a la vez una debilidad.”*

Jean Watson

Índex

Agraïments	4
1. Resum	6
1.1. Abstract	7
2. Introducció i justificació	8
3. Objectius i/o Hipòtesis	10
4. Marc teòric	11
4.1. Teoria de la infermeria com a cuidatge: un model per a transformar la pràctica de Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer.....	11
4.2. Ictus.....	13
4.2.1 Factors de risc.....	14
4.2.2. Epidemiologia.....	15
4.2.3. Ictus Hemorràgic	15
4.2.4. Ictus Isquèmic	18
4.3. Codi Ictus	20
4.3.1. Codi Ictus a nivell prehospitalari.....	21
4.3.2. Codi ictus a nivell hospitalari	22
4.3.3. Paper d'infermeria davant l'activació del Codi Ictus.....	24
4.3.4. Tractament fibrinolític	25
4.4. Percepció i sentiments d'infermeria d'urgències davant una actuació urgent	27
4.5. Tècniques d'afrontament.....	29
4.6. Cadena assistencial innovació docent	30
5. Metodologia	32
5.1. Tipus d'estudi	32
5.2. Participants i unitat d'observació	33
5.3. Tècniques de recollida de dades	34
5.4. Categorització i anàlisi de dades.....	34
5.5. Aspectes ètics	35
6. Resultats i discussió	36
6.1. Experiència al servei d'urgències	36
6.1.1 Experiència laboral.....	36
6.2. Gestió de les emocions.....	37
6.2.1. Evolució de les emocions.....	37
6.2.2. Tècniques d'afrontament.....	38
6.2.3. Formació gestió de les emocions.....	39
6.3. Percepcions en l'actuació	40
6.3.1. Factors que influeixen en l'actuació d'infermeria	40
6.3.2. Suport de l'equip	41
6.4. Sentiments en l'actuació	41
6.4.1. Por i inseguretat	41
6.4.2. Angoixa i nerviosisme	42

6.4.3. Altres	43
6.5. Coneixements	44
6.5.1. Reflexions sobre l'actuació per a futurs professionals	44
7. Conclusions	45
8. Limitacions i futures línies de recerca	47
9. Referències bibliogràfiques	48
10. Annexes	53
Annex 1. Cronograma	53
Annex 2. Algoritme Codi Ictus.....	54
Annex 3. Escala RACE	55
Annex 4. Escala NIHSS	56
Annex 6. Consentiment Informat	58
Annex 7. Transcripció entrevistes.....	61
Entrevista ISU 1:	61
Entrevista ISU 2:	67
Entrevista ISU 3	74

Agraïments

Volem agrair a totes les persones que ens han donat suport i ens han ajudat a la realització del nostre treball.

En primer lloc, al nostre tutor Pablo Espin Aguade, per l'aprenentatge, assessorament i confiança rebut durant aquests mesos en l'elaboració del projecte.

Agraïr també als/les infermers/es que han acceptat col·laborar en aquest projecte, ens han dedicat el seu temps i confiança en les entrevistes, alhora que ens han expressat els seus sentiments i les seves vivències fet que ens han ajudat a poder assolir el nostre objectiu. La seva sinceritat i proximitat ha facilitat la creació d'un vincle en les entrevistes, que ha facilitat la comunicació i l'expressió de les seves experiències professionals.

Finalment, donar les gràcies a les nostres famílies pel recolzament i confiança rebuts des de l'inici de la nostra carrera professional. Gràcies per recordar-nos en tot moment que tot esforç té la seva recompensa i, que fins i tot, en els moments més difícils pots arribar aconseguir el que et proposes.

LLISTA D'ABREVIATURES I ACRÒNIMS

CI: Codi Ictus

SUH: Servei d'urgències hospitalàries.

SEN: Societat Espanyola de Neurologia

HTA: Hipertensió arterial

ACV: Accident cerebrovascular.

HSA: Hemorràgia subaracnoïdal

TC: Tomografia computeritzada.

HIC: Hemorràgia intracerebral.

AIT: Accident isquèmic transitori.

SEM: Sistema d'emergències mèdiques.

ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària.

INR: Ràtio internacional normalitzat.

RTPA: Factor activador de plasminògen.

TTPA: Temps de tromboplastina parcialment activat.

TCE: Traumatisme cranioencefàlic.

PAS: Pressió arterial sistòlica.

PAD: Pressió arterial diastòlica.

IEC: Institut d'estudis catalans.

1. Resum

Introducció. En l'activació del codi ictus(CI), per tal de reduir la morbimortalitat, és necessària una resposta immediata i ordenada del personal del servei d'urgències. L'equip d'infermeria és el primer contacte del pacient això implica prioritzar i prendre decisions de manera ràpida, alhora, és una figura amb gran participació en la urgència i que sovint es comunica mitjançant sentiments i emocions amb el pacient.

Objectiu:. Conèixer el rol d'infermeria d'urgències hospitalàries davant un codi Ictus i experiències viscudes , sentiments i sensacions que es generen en atendre una urgència vital.

Metodologia: Estudi qualitatiu centrat en el paradigma comprensiu-naturalista-interpretatiu. S'han realitzat entrevistes semiestructurades i amb preguntes obertes de manera individual a 3 infermers/eres que treballen al SUH(servei d'urgències hospitalàries) de diferents hospitals del Camp de Tarragona. Les entrevistes han estat transcrites i categoritzades per poder ser analitzades i comparades amb la recerca bibliogràfica.

Resultats i discussió: Els/les infermers/es entrevistats/des treballen al servei d'urgències amb una experiència professional mínima de 4 anys, consideren que les emocions estan presents en el dia a dia i que aquestes evolucionen, i que l'experiència és un factor condicionant en l'evolució i gestió de les emocions. Coincideixen en que un bon equip de treball, l'experiència laboral i el coneixement dels protocols aporten major seguretat fet que afavoreix positivament en la gestió emocional. Tanmateix, els/les professionals consideren la prevalença de certs sentiments, alhora expressen que disposen de tècniques d'afrontament que els permet afrontar les situacions estressants i l'alteració de les habilitats cognitives

Conclusions: Analitzant la percepció dels/les infermers/res entrevistats/des consideren de gran importància la formació i el coneixement específics dels protocols de la unitat, alhora de formació sobre la gestió emocional. Expressen que d'aquesta manera és possible desenvolupar una actuació ràpida i ordenada en el menor temps possible, i alhora, permet comprendre i gestionar les pròpies emocions per tal d'oferir una atenció de qualitat.

Paraules clau: Codi Ictus, rol infermeria en urgències hospitalaria , percepcions d'infermeria, sentiments d'infermeria, gestió emocional enfermeria.

1.1. Abstract

Introduction. When activating the stroke code (SC) to reduce the morbidity and mortality, it is necessary that the emergency team reacts immediately and in an organised manner. The nurse team is the first contact with the patient. Therefore, it's a must to prioritise and take quick decisions. Furthermore, this is a team which communicates with the patient via feelings and emotions.

Objective. Get to know the role of the nurses in the emergency room under a stroke code situation as well as the experiences lived, feelings and sensation when in front of such a situation.

Method. Qualitative study focused on the comprehensive-naturalistic-interpretive paradigm. Open questions and semi-structured interviews have been done to 3 nurses from different ER services in the Camp de Tarragona. These interviews have been transcribed and categorised to be analysed and compared against the bibliographic research.

Results and debate. The interviewed nurses work in the emergency room and have a minimum of 4 years of experience. They believe that the emotions are present in the day to day and that these evolve. They added as well that the experience is a conditioning factor on how the emotions evolve and are treated. They all agree that teamwork, good working experience, and protocol knowledge are impacting items on the confidence of the staff which improves the emotional management. However, these professionals also consider the prevalence of certain emotions or feelings, to which they mention to have coping techniques to face stressful situations and the alteration of cognitive skills.

Conclusions. After assessing the perception of the interviewed nurses, we conclude that they consider of outmost importance training and knowledge of the specific protocols as well as emotional management. They highlight that, this way, it is possible to act quickly, in an orderly manner, and within a short time frame as well as understand and manage one's emotions as to offer quality attention.

Keywords. Stroke code, nurses' role in ER, nursery perceptions, nursery feelings, emotional management.

2. Introducció i justificació

L'ictus és una patologia cerebrovascular aguda que altera de manera transitòria o definitiva el funcionament d'una o diverses parts de l'encèfal, ocasiona un elevat impacte tan social com sanitari degut a la elevada incidència i prevalença de població que ho pateixen. Segons la Societat Espanyola de Neurologia (SEN), cada any entre 110.000 i 120.000 persones pateixen un ictus a Espanya, de les quals el 50% pateixen alguna limitació funcional o bé els produeix la mort, cosa que constitueix la primera causa de discapacitat adquirida en l'adult i la segona de demència després del Alzheimer. ^[1]

Hi ha alguns factors demogràfics com ara el sexe, l'edat o bé el lloc de residència que influeixen en la incidència i prevalença del ictus, un aspecte rellevant és que tant la incidència com la prevalença augmenta a les edats més avançades i particularment en les dones. Segons les dades de l'estudi IBERICTUS (estudi amb bases epidemiològiques sobre la incidència de l'ictus a Espanya) conclou que hi ha previsió de un augment del 35% de la incidència entre el 2015-2035 degut a l'augment d'esperança de vida de la població. ^[1]

Davant de totes aquestes dades es important saber que hi ha un alt percentatge d'ictus que són evitables i es pot reduir incidint en una bona prevenció dels factors modificables com són la HTA (hipertensió arterial), el consum de tabac /alcohol), la diabetis mellitus, la dieta, la obesitat, la hipercolesterolèmia i la inactivitat física. ^[2]

D'altre banda, també influeixen una sèrie de factor anomenats factors no modificables sobre els qual nosaltres no podem actuar com són: l'edat, la història familiar amb antecedents de patologies cerebrovasculars, la raça en la que se sap que els afroamericans tenen un risc molt més elevat de patir accidents cerebrovasculars (ACV), el sexe com hem citat anteriorment les dones tenen major risc de presentar ictus i per últim el fet d'haver patit un episodi ACV anteriorment. ^[3]

Centrant l'atenció en el gran impacte de morbimortalitat que pot ocasionar l'ictus, cal incidir en la gran importància d'aquesta malaltia que és el que definim com una patologia temps dependent, és a dir, la seva morbimortalitat està directament relacionada amb el temps que passi fins el diagnòstic i/o l'inici del tractament. *"Temps es cervell, la rapidesa en la que s'actua és clau per la supervivència i la reducció de seqüeles"*. Per aquest

motiu, és essencial i imprescindible el paper de la infermeria, l'atenció i el cribratge de qualitat dels pacients que acudeixin al servei d'urgències. ^[4,5]

El personal del servei d'urgències sovint afronta múltiples reptes en un ambient caracteritzat per la immediatesa i la tensió que acompanya la urgència. Aquest entorn, implica saber prioritzar, prendre decisions i actuar ràpidament. La infermeria ocupa un paper important, és una figura amb gran participació en la urgència i sovint la que transmet una major comunicació, proximitat i empatia amb el pacient. ^[5]

El triatge és el primer contacte que té el pacient i la família amb el professional sanitari a nivell hospitalari. Els protocols i les escales de valoració ràpida ajuden a la infermera a prioritzar aquells pacients que necessiten una atenció urgent. D'aquesta manera la mortalitat o morbimortalitat d'aquestes patologies es pot prevenir o reduir si aquests són tractats de manera eficient, degut a que moltes morts es produeixen dins de les primeres hores d'ingrés. ^[6]

El paper de la infermeria està en constant evolució, però la essència de la d'infermeria és a més a més de gestionar els cuidatges, es defineix amb l'acció de cuidar del pacient. Pensem doncs, que per poder cuidar cal també adquirir coneixements i habilitats que ens permetin realitzar aquests cuidatges amb total confiança i seguretat. Sovint aquestes habilitats i actituds pràctiques s'adquireixen més enllà de les portes de la universitat, les adquirim amb la experiència i la pràctica del dia a dia. ^[6]

En aquest context el present projecte tracta d'una recerca exhaustiva de la literatura més recent sobre l'ictus i el paper de la infermeria en aquesta patologia temps depenent, per tal de determinar i examinar l'actuació dels professionals d'infermeria davant un pacient amb ictus. Alhora, analitzar per mitjà de la metodologia qualitativa les emocions, sensacions, i percepcions o experiències viscudes d'aquests professionals davant l'activació del CI.

3. Objectius i/o Hipòtesis

Hipòtesis: Sensacions i experiències viscudes de manera negativa juntament amb la manca de formació, provoquen que el professional d'infermeria no apliqui els coneixements d'actuació davant d'un ictus de manera eficient.

Objectiu general:

- Conèixer el rol d'infermeria d'urgències hospitalàries davant un codi Ictus i experiències viscudes , sentiments i sensacions que es generen en atendre una urgència vital.

Objectiu específics:

- Estudiar el Codi Ictus a Catalunya.
- Definir el paper de la infermera en l'activació del codi Ictus
- Conèixer el paper de la infermera durant el procés d'atenció al pacient amb ictus en urgències hospitalàries.
- Descriure quines són les percepcions i sensacions d'infermeria durant el procés d'atenció al pacient amb ictus.
- Conèixer les tècniques d'afrontament més utilitzades en el servei d'urgències.

4. Marc teòric

4.1. Teoria de la infermeria com a cuidatge: un model per a transformar la pràctica de Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer.

Anne Boykin nascuda al 1944 i Savina O. Schoenhofer nascuda al 1940 són autores americanes i les creadores de la teoria de la infermeria com a cuidatge. El treball acadèmic de Anne Boykin es centra en el cuidatge com a base de la infermeria es veu referit en un dels llibres "*Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*" juntament amb Schoenhofer, en 2014 van escriure de manera conjunta *Health Care System Transformation for Nursing and Health Care System Leaders: Implementing a Culture of Caring* que ofereix estratègies perquè tots els que intervenen en el sistema sanitari utilitzin els valors de la cura de la vida.^[7]

Cal destacar que hi van haver-hi tres treballs que van influir significativament en el desenvolupament inicial de la teoria. La teoria fenomenològica existencial de la infermeria humanista Paterson y Zderad (1988), la tesis de Roach (2002) que afirma que la cura és la manera humana de ser, troba la seva expressió natural i domini en les assumpcions de la teoria. Les seves «6 C» (compromís, confiança, consciència, competència, compassió i comportament) contribueixen a crear un llenguatge de les cures. Aquesta teoria infermera sorgeix als inicis d'un projecte de la College of Nursing a la Universitat Atlantic de Florida, neix de la inquietud de definir l'acceptació dels cuidatges com a objectiu més que com a un mitjà, i entén la infermeria com la intenció de cuidar enlloc de un instrument per fer-ho. La definició d' infermeria que proposen les autores va més enllà d'ésser una disciplina i una professió, avarca també accions humanistes, socials i psicològiques.^[7,8]

El model de la teoria està basat en el paradigma de transformació. La infermera assistencial cuida al pacient com un tot, però aquest cuidatge es canviant en el temps degut a que les experiències que afrontem al dia a dia ofereixen un aprenentatge. Amb el temps i la pràctica clínica oferirà a la infermera assistencial principiant habilitats que potenciaran aquest cuidatge i el farà més expert.^[8]

- **Persona:** Viu i creix en el cuidatge, les persones són completes en el moment no existeixen insuficiències ni dèficits. Ésser una persona significa viure i cuidar en plenitud.
- **Cuidatge:** Procés de la vida que es viu moment a moment, es revela constantment.

- **Infermeria:** És una manera de viure, les autores defineixen la infermeria com una forma de conèixer, de ser, de valorar i de viure al món, ahora, es defineix com el coneixement simultani de les esferes personal, empírica, ètica i estètica.
- **Salut:** És un estat de benestar, aquest s'assoleix per mitjà del cuidatge adequat.
- **Entorn:** Contempla un entorn que transmeti una atmosfera saludable que ajudi a la persona a créixer en el cuidatge

La teoria de la infermeria com a cura reconeix la cura compartida entre la infermera i la persona com un dels coneixements que infermeria ha d'aconseguir, per la qual cosa els resultats de les cures d'infermeria reflecteixen la valoració de la persona. Aquesta es basa en 6 fonaments que les autores descriuen com a un conjunt de valors que proporcionen la base i l'explicació del significat d'infermeria ^[9]:

- **Les persones són fruit del cuidatge en virtut de la seva humanitat,** és a dir, entén com a ésser humà una persona que viu i cuida en total plenitud.
- **Les persones són un tot i completes en el moment,** no existeix ruptures ni absències de res.
- **Les persones viuen el cuidatge moment a moment,** defineix el cuidatge com un procés que és *in situ*, és a dir, que es viu moment a moment. Els cuidadors, mitjançant les experiències viscudes desenvolupem expressions i habilitats com a persones que cuiden.
- **La personalitat és viure la vida basada en el cuidar:** Les autores defineixen la personalitat com a un procés basat en la vivència i el creixement en el cuidatge. Aquesta inclou autenticitat i congruència entre creences i comportaments.
- **La personalitat es potencia a través de la participació en les relacions d'atenció cuidant a els altres:** la personalitat es potencia quan cuidem a altres persones, l'experiència viscuda de les cures compartides potència la personalitat i tant la infermera com la persona atesa que creixen en la cura.
- **La infermeria és una disciplina i una professió:** defineix el cuidar com una unitat entrelaçada d'aspectes de la disciplina i de la professió infermera. Defineix la disciplina infermera com una unitat de coneixement que es defineix amb la forma de conèixer, ésser, valorar i viure en el món. Aquesta unitat, ahora, es relaciona amb el descobriment, la creació i el desenvolupament del coneixement necessari per duu a terme els cuidatges en resposta a les necessitats humanes.

4.2. Ictus

És una patologia cerebrovascular aguda que altera de manera transitòria o definitiva el funcionament d'una o diverses parts de l'encèfal. És considerada com la segona causa de mort en la població espanyola masculina i la primera causa de mort en la població femenina.^[10]

És una patologia temps dependent, és a dir, la seva morbimortalitat està directament relacionada amb el temps que passi fins el diagnòstic i/o l'inici del tractament, és a dir, el retràs en l'inici del tractament marcarà el pronòstic. El coneixement sobre el ictus en la població general i entre els sanitaris és clau a l'hora de disminuir els retards hospitalaris i afavorir una ràpida implementació dels tractaments actuals.^[11,12]

Generalment, l'ictus apareix de manera brusca i, és una patologia en la que una atenció urgent i tractament adequat redueix les probabilitats de patir conseqüències greus de la malaltia, és per aquest motiu que es considera la primera causa de discapacitat adquirida en l'adult.^[12]

L'ictus és una patologia cerebrovascular aguda que pot ésser causada degut a una isquèmia, o bé, una hemorràgia (figura 1). Si la causa és isquèmica condueix a una falta d'aport d'oxigen a part del teixit cerebral (focal) o en la seva globalitat (total); si la causa és hemorràgica produeix una extravasació de sang que segons la localització pot ser cerebral o subaracnoidea.^[12]

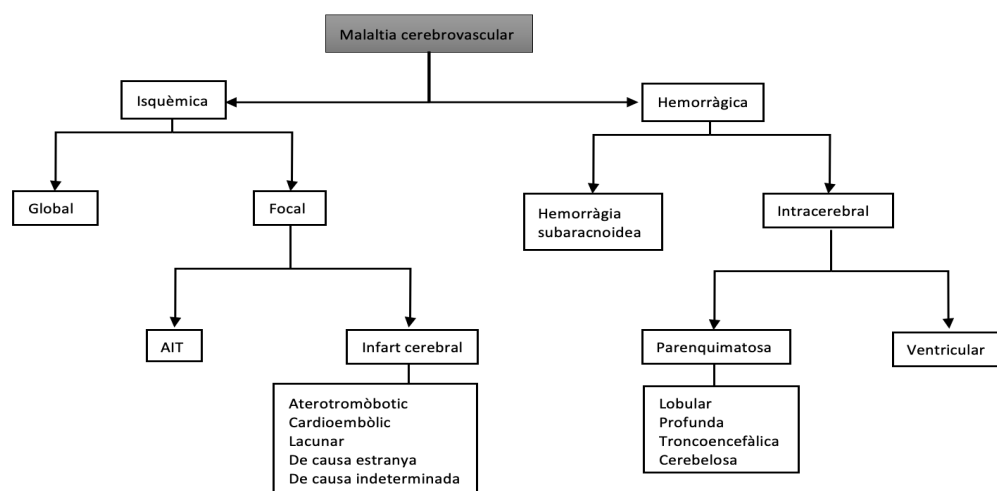


Figura 1. Classificació de la patologia cerebrovascular segons la seva naturalesa. Adaptació de Díez-Tejedor (12)

4.2.1 Factors de risc

Aquesta patologia es troba influenciada per múltiples factors de risc cardiovasculars que classifiquem com a factors de risc modificables, per aquells que podem intervenir per reduir-ne el risc, o factors de risc no modificables. Es defineixen com a factors de risc modificables patologies com la Diabetis Mellitus tipus II, la HTA, la dislipèmia, el sobrepès, fibril·lació auricular, hipercoagulabilitat, el tabaquisme o alcoholisme. D'altra banda es descriuen com a factors de risc no modificables com és l'edat, el sexe, factors hereditaris, baix pes al néixer o la raça. ^[13]

La prevenció primària de l'ictus, es centra, doncs, en la intervenció sobre tots aquests factors de risc modificables que poden reduir la incidència d'aquesta patologia. Els factors de risc no modificables ens alerten dels subjectes més susceptibles de patir ACV. ^[13]

L'estratègia principal per fer front aquest conjunt de factors de risc modificables és promocionar un estil de vida actiu i d'alimentació saludable, evitant a més a més el consum d'alcohol i del tabac. ^[13]

L'activitat física millora el perfil lipídic, independentment de la dieta, augmentant el colesterol HDL, disminuint el colesterol LDL, el colesterol total i els triglicèrids. A més, l'activitat física ajuda a reduir les xifres de pressió arterial sistòlica i diastòlica. Respecte a l'alimentació, es recomana una dieta rica en àcids grassos poliinsaturats, fruites i verdures de temporada. ^[13,14]

En relació a la fibril·lació auricular augmenta fins a 5 vegades el de risc de l'ictus es la causa de un 20-30% de ictus isquèmics i el seu impacte es pot modificar significativament amb l'administració de tractament anticoagulant, en diferents estudis mostren que la teràpia de anticoagulació oral redueix el risc de ACV en un 60 a 80% .En aquest cas cal destacar el anticoagulants orals d'acció directa per damunt dels antagonistes de la vitamina K , ja que tant els resultats dels assajos clínics com els dels estudis de pràctica clínica i estudis poblacionals han demostrat que els anticoagulants orals d'acció directa tenen majors eficàcia (reducció de ictus i morts) i seguretat (menys hemorràgies intracranials) que els antagonistes de la vitamina K. ^[15,16]

Per altra banda tenim factors no modificables en el que no es pot fer prevenció primària en aquest cas: sexe, edat , factors hereditaris , localització geogràfica. La manera en la

que afecten aquests factors per exemple en la edat que augmenta exponencialment la incidència del ictus ja que es duplica cada dècada a partir dels 55 anys. ^[15,16]

4.2.2. Epidemiologia

Segons la SEN, cada any entre 110.000 i 120.000 persones pateixen un ictus a Espanya, de les quals el 50% pateixen alguna limitació funcional o bé els produeix la mort. Si ens centrem en la zona d'estudi segons la Societat Catalana de Neurologia, les dades epidemiològiques que s'estimen a Catalunya es calcula una incidència de 150-200/100.000 habitants/any, és a dir, s'estima a Catalunya 12000 nous casos d'ictus l'any. ^[17]

En els darrers 20 anys la incidència d'aquesta patologia ha augmentat un 25% en el grup d'edat comprès entre 20 i 65 anys. Sent més prevalent en algunes comunitats autònomes com és Andalusia, Catalunya, Madrid i València. En l'últim informe Anual del Sistema Nacional de Salut 2020-2021, la malaltia cerebrovascular afecta al 1,5% de persones, encara que a partir dels 65 anys afecta a sis de cada cent i, a partir dels 80 anys, a deu de cada cent. ^[18,19]

En les dades obtingudes de l'any 2022 fent referència als dos tipus de ictus destaquem que el ictus isquemic es mes prevalent a Catalunya afecta al 80-85 % dels casos, a diferència de l' ictus hemorràgic afecta a un 15-20% dels casos. ^[19]

4.2.3. Ictus Hemorràgic

L'ictus hemorràgic es produeix degut a una hemorràgia d'una vena o bé d'una artèria a l'interior del crani, es classifica en dos subtipos: la hemorràgia subaracnoïdal i l'hemorràgia intracerebral. ^[20]

Els signes i símptomes més referencials dels ictus hemorràgics són la cefalea intensa i d'inici brusc normalment acompanyada de pèrdua o deteriorament de la consciència, nàusees i vòmits, rigidesa nucal, i presència de signes neurològics focals. ^[20]

La hemorràgia subaracnoïdal (HSA), es produeix per una extravasació de sang que es localitza a l'espai subaracnoïdal, normalment causada per la ruptura d'un aneurisme. En casos menys freqüents pot ésser causada per una malformació arteriovenosa, un

traumatisme o bé altres problemes dels vasos sanguinis. Representa el 5 - 10% dels ictus.^[21]

Generalment, la HSA succeeix en pacients joves, normalment menors de 60 anys. La lesió cerebral primària sol presentar-se en les primeres 72 hores després de la HSA. En alguns casos es produeix una cefalea brusca com a símptomes premonitori anomenat *cefalea centinela*, sovint aquest tipus de HSA cursen amb major gravetat.^[22]

Les escales més emprades són l'escala de Hunt i Hess que permet quantificar la gravetat de l'estat clínic i l'escala de Fisher que permet predir el risc de vasoespasme utilitzant una tomografia axial computeritzada.^[22]

Escala de Hunt i Hess ^[22]	
Grau I	Absència de símptomes, cefalea lleu o rigidesa de nuca lleu.
Grau II	Cefalea moderada a greu, rigidesa de nuca, parèsia de parells craneals.
Grau III	Obnubilació, confusió lleu, lleu dèficit motor.
Grau IV	Estupor, hemiparèsia moderada a greu, rigidesa de descerebració temprana o trastorns neurovegetatius.
Grau V	Coma, rigidesa de descerebració.

Escala de Fisher ^[22]	
Grau I	No sang cisternal.
Grau II	Sang difusa fina, <1mm en cisternes verticals.
Grau III	Coàgul gros cisternal, >1mm en cisternes verticals.
Grau IV	Hematoma intraparenquimatós, hemorràgia interventricular, sagnat difús.

La HSA està estretament relacionada amb factors de risc associats com són el factor hereditari, el tabaquisme, el consum d'alcohol, la hipertensió arterial, l'embaràs, els anticonceptius orals i la cocaïna.^[23]

Les complicacions immediates i més greus són l'aparició d'una nova hemorràgia o la obstrucció aguda de les vies de circulació del líquid cerebrospinal produint una hidrocefàlia aguda. Una altre complicació greu, però tardia, és el vasoespasme, se sol

produir entre el 3 i 14 dies de la HSA i és el responsable del 20% de la morbimortalitat associada a la HSA.^[23]

La tomografia computeritzada (TC), sense contrast és la prova més sensible que ajuda a concloure el diagnòstic de la HSA, presenta una sensibilitat del 98-100% en les primeres 12 hores, aquesta sensibilitat decreix a mesura que passen les hores degut a la reabsorció de la sang a l'espai subaracnoïdal.

Alhora, el TC ens informa sobre la localització, l'extensió, presència de dilatació ventricular, hematomes intraparenquimatós, entre d'altres.

Si el TC fos negatiu la segona opció seria la punció lumbar, si en l'extracció de LCR aquest és xantocròmic indica HSA.

L'angiòtac i l'angiografia cerebral són proves que ajuden a detectar aneurismes responsables de HSA, permeten apreciar les característiques anatòmiques de l'aneurisma i decidir el tractament idoni.^[21]

La hemorràgia intracerebral (HIC) es produeix per l'acumulació de sang a l'interior del parènquima cerebral causada per la ruptura vascular no traumàtica. Aquesta extravasació, tot i que pot migrar al sistema ventricular o a l'espai subaracnoïdal, es distingeix dels altres subtipus hemorràgics perquè té origen al teixit cerebral.^[24]

En funció de la causa que origina l'hemorràgia es classifica en primària o secundària.

La HIC primària són les més freqüents, són produïdes per la ruptura d'un vas a causa de la hipertensió arterial o bé, per la angiopatia cerebral amiloidea.

La HIC secundària es produeix per la ruptura de vasos congènitament anormals o amb alteracions a la paret, o bé, alteracions de la coagulació.

Les HIC representen el 10-15% de tots els ictus, la seva incidència tendeix a augmentar amb l'edat i el factor de risc més important és la HTA tant sistòlica com diastòlica.^[24]

La TC és una prova molt utilitzada i sensible per la identificació d'hemorràgia en fase aguda i es considera la tècnica d'elecció, en segon lloc la prova d'elecció seria la RM (ressonància magnètica) que també permet detectar hemorràgies antigues. Alhora, permet l'administració de contrast que ens ajudaria a identificar causes de HIC secundàries com per exemple un tumor.^[25]

4.2.4. Ictus Isquèmic

L'ictus isquèmic és un accident cerebrovascular que es produeix per la reducció o interrupció del flux sanguini cerebral, generalment d'una artèria, que dóna lloc a danys permanents per isquèmia. ^[26]

S'anomena accident isquèmic transitori (AIT) quan aquesta oclusió no és permanent, la manifestació dels símptomes clínics duren menys d'1 hora i les lesions s'autoresolen. Els subjectes que han patit una AIT es consideren d'alt risc de patir un ictus o altre patologia coronària. Entre el 10 - 20% patiran un ictus en els pròxims 90 dies, en el 50% es produeix en les primeres 48 hores. És important un estudi i control neurològic urgent. ^[12, 27]

L'infart cerebral és l'alteració de l'aport circulatori a una zona de l'encèfal que produeix un dèficit neurològic de més de 24 hores de duració, i com a conseqüència, necrosis tissular.

Classificació topogràfica dels infarts cerebrals (Oxfordshire Community Stroke Project, 1991) ^[28,29]:

- **Infart total de la circulació anterior o TACI**, implica un ictus d'artèria cerebral mitja o artèria cerebral anterior o ambdues.

Ha de complir els 3 següents criteris:

- Disfunció cerebral superior o cortical: afasia, discalculia, alteracions visuespacial, apraxia o agnosia.
- Dèficit motor i/o sensitiv en almenys 2 de les 3 àrees següents: cara, extremitats superiors, extremitats inferior.
- Hemianopsia homònima.

- **Infart parcial de la circulació anterior o PACI**, és l'ictus més freqüent i es relaciona amb lesions corticals artèria cerebral mitja. D'etiologia aterotrombòtica o caridoembòlica.

Ha de complir algun dels següents criteris:

- Disfunció cerebral superior o cortical: afasia, discalculia o alteracions visuespacial, apràxia o agnosia.
- Dos dels tres criteris de TACI.
- Dèficit motor i/o sensitiv més restringit que el classificat com a LACI (dèficit limitat a una sola extremitat).

- **Infart lacunar o LACI**, quan no existeix disfunció cerebral cortical ni hemianopsia. Es presenta, normalment, en subjectes majors de 70 anys amb un mal control de la diabetis mellitus o de la hipertensió arterial. Afecta a artèries de petit calibre.

Ha de complir un dels següents criteris:

- Síndrome motor pur que afecta almenys dos de les tres parts del cos: cara, extremitats superiors o inferiors.
 - Síndrome sensitiu pur que afecta dos de les tres parts del cos: cara, extremitats superiors o inferiors.
 - Síndrome sensitiu motor que afecta almenys dos de les tres parts del cos: cara, extremitats superiors o inferiors.
 - Hemiparesia-ataxia ipsilateral.
 - Disàrtria - mà maldestre.
-
- **Infart en la circulació posterior o POCI**, es relaciona amb el territori vertebro-basilar. Etiologia aterotrombòtica. La simptomatologia que l'acompanya inclou vèrtig d'aparició súbita, vòmits, somnolència, dismetria, descordinació, hipoacusia, diplopia, nitagmus, disfàgia, hipoestèsia facial, atàxia, inestabilitat de la marxa, entre d'altres.

Ha de complir algun dels següents criteris:

- Afectació ipsilateral de parells craneals amb dèficit motor i/o sensitiu contralateral.
- Dèficit motor i/o sensitiu bilateral.
- Alteració oculomotora.
- Disfunció cerebelosa sense dèficit de vies llargues ipsilateral: hemiparèsia - atàxia.
- Hemianopsia homònima aïllada.

Les proves d'imatge que ajuden a diagnosticar l'ictus isquèmic són el TC i l'angiotac craneal.^[28]

4.3. Codi Ictus

El Codi ictus és un protocol d'actuació urgent que comprèn l'activació d'una xarxa de dispositius assistencials adreçats a donar una atenció immediata i adequada als pacients amb sospita d'ictus. L'objectiu principal és que l'atenció a la persona afectada es realitzi amb la major brevetat possible per evitar la progressió de la malaltia i les seves seqüeles. ^[30,31]

L'avís immediat al SEM (Sistema d'emergències mèdiques) és la via d'activació de codi ictus més eficaç, això és degut a que permet una atenció més precoç i com a conseqüència un millor pronòstic, a més a més, permet l'estabilització del pacient i la prevenció de complicacions. Alhora, el SEM gestiona el preavis al centre receptor, això dona lloc a una reducció del temps intrahospitalaris i del temps porta-agulla es l'impàs entre l'arribada del pacient fins a l'administració del tractament intravenós. ^[30]

El Codi Ictus (Annex 2) a Catalunya presenta els següents criteris d'activació:

- Temps d'inici dels símptomes <8 hores o ictus del despertar o cronològica incerta.
- Sense límit d'edat.
- Situació funcional prèvia d'independència, sense necessitat d'ajuda d'altres persones per fer les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

Per a l'activació del codi ictus és necessari que el test RÀPID sigui positiu, i que el test RANCOM sigui negatiu. ^[30]

El test RÀPID és una eina que permet a la població i al SEM identificar pacients amb ictus, aquest acrònim és el següent:

- **R**igui
- **A**ixequi els braços
- **P**arli
- Possible Ictus
- **D**e pressa, avisar 112.

Es considera que el test ràpid es positiu quan detectem alguna alteració en aquestes activitats com podria ser la desviació de la comissura labial, dificultat en elevar les extremitats superiors o bé, dificultat en la parla o pronunciació de les paraules. ^[30]

El test RANCOM valora l'estat clínic previ a l'esdeveniment cerebrovascular, és considera que és negatiu quan el pacient anteriorment a l'esdeveniment presentava autonomia per a totes les ABVD. És en aquest moment quan s'activa el codi ictus. ^[30]

4.3.1. Codi Ictus a nivell prehospitalari

L'escala RACE (annex 3), és la simplificació de l'escala NHISS, és una escala neurològica emprada per valorar pacients amb ictus agut a nivell extra hospitalari. Detecta els casos amb alta probabilitat d'oclusió d'un gran vas. La puntuació d'aquesta escala va del 0 al 9, i una puntuació major a 4 indica una elevada sospita d'oclusió d'un gran vas. ^[30,32]

El SEM és l'encarregat de transmetre a la central de coordinació la puntuació d'aquesta escala acompanyada d'una sèrie d'ítems sobre el pacient que són els següents ^[30,32]:

- Número CIP.
- Hora d'inici de símptomes.
- Si prèn anticoagulants orals.
- Si ha patit una intervenció quirúrgica recentment.
- Si ha tingut hemorràgia cerebral.
- RAPID/RANCOM.
- Freqüència cardíaca.
- Pressió arterial.
- Glicèmia capil·lar.
- Escala RACE.

Els estàndards de qualitat en el procés prehospitalari defineixen un temps inferior a 90 segons el temps de la trucada fins a la resposta telefònica, inferior a 10 minuts el temps des de la trucada fins a l'arribada de l'ambulància, i inferior a 15 minuts el temps d'atenció al lloc dels fets. Es recomana transport aeri si el transport per terra fins al centre receptor més proper és >1 hora. ^[30,32]

En el cas, de que l'activació del codi ictus es produeixi en un centre d'atenció primària o un hospital sense capacitat per atendre un ictus, el temps de porta-agulla idealment ha de ser inferior a 20 minuts. Caldrà detectar ràpidament l'ictus i avisar el SEM per gestionar el trasllat interhospitalari de forma immediata. ^[30,33]

Les mesures terapèutiques prehospitalàries davant un codi ictus són ^[32]:

1. Estabilització clínica segons el suport ABC.
2. Col·locar el pacient en decúbit supí i capçal elevat a 30-45°.
3. Administrar oxigen per mantenir saturació d'oxigen igual o superior a 95%.
4. Canalització de via perifèrica sempre que no retardi el trasllat del pacient.
5. Valoració específica dels símptomes per mitjà d'eines i escales validades, alhora cal, establir inici de símptomes o última hora que s'ha vist el pacient asimptomàtic.
6. Monitorització de les constants vitals.
7. Control de la glicèmia. Si glicèmia inferior a 60 mg/dl, administrar sèrum glucosat.
8. En cas d'hipotensió amb pressió arterial sistòlica inferior a 120 mmhg, administrar sèrum salí.
9. Determinar el centre receptor i iniciar el trasllat de manera prioritària.

En l'activació del codi ictus els pacients han de ser derivats a l'hospital proper per rebre atenció especialitzada i tractament trombolític si està indicat. La derivació es pot realitzar a centres terciaris en cas que tinguin la capacitat de realitzar el tractament, centres primaris amb unitat i equip d'ictus, o centres comarcals per mitjà de teleictus. ^[30]

4.3.2. Codi ictus a nivell hospitalari

Els objectius d'aquest codi a nivell intrahospitalari es basen a minimitzar el temps entre l'inici dels símptomes i l'accés a un possible tractament quan ja s'ha produït el diagnòstic que el determina. Cada minut de retard fins al tractament es perden 1,8 dies de vida sana. ^[30]

En el moment que el pacient arriba a urgències la infermera de triatge ha d'identificar tots els signes i símptomes que facin sospitar de un possible ictus i d'aquesta manera valorar la gravetat del pacient. Ens ha d'alertar en el triatge l'aparició brusca de signes i símptomes com ^[28]:

- Parèsia o impossibilitat de moviment d'una part del cos com pot ser extremitats inferiors, superiors o la cara. Especialment si és d'un mateix lateral del cos.
- Confusió brusca o dificultat per parlar: afàsia o disàrtria.
- Cefalea intensa que pot acompanyar-se de vòmits o nàusees.
- Alteració de la visió d'un o d'ambdós ulls.
- Alteració de la marxa o de l'equilibri: incapacitat de coordinació de moviments.
- Dificultat per deglutir.

- Trastorns de la sensibilitat: sensació de formigueig en extremitats superiors, inferiors o de la cara.

Priorització de la urgència en el ictus segons els següents ítems:

Prioritat I: s'activarà el Codi Ictus sempre que es compleixi el requisit d'existir un dèficit neurològic focal en el moment de l'exploració i, ser prèviament independent per a les ABVD. La infermera haurà d'informar i avisar al neuròleg. Mentre arriba es procedirà al trasllat del pacient al box de vital per a començar amb el Protocol de Codi ictus intrahospitalari.

Prioritat II: pacients majors de 80 anys temps d'evolució entre hores i mitja i 24 hores, pacients que detecten símptomes de ictus després de despertar. Després d'aquest procés el neuròleg serà qui tramiti el trasllat del pacient a la Unitat de Ictus.

Prioritat III: pacient amb ictus amb més de 24 hores d'evolució pacient dependent i amb una elevada comorbiditat.^[31]

Una vegada confirmat que el pacient pot estar patint una complicació vascular en la sala de triatge, infermeria avisa al adjunt per la seva valoració i el metge activa el codi ictus intrahospitalari per tal de poder activar ha de complir els següents requisits ^[31]:

- Dèficit neurològic focal, agut i objectivable en el moment de la valoració en triatge
- Temps de evolució inferior de 6 hores, no es relatiu la edat, ictus al despertar o la hora de inici desconeguda en menors de 80 anys, l'hora d'inici és des de que el moment que el pacient es desperta i sense símptomes.
- Ser Independent del seu propi autocuidatge i per les activitats de la vida diària.

Les recomanacions pel que fa als temps intra-hospitalaris són ^[31]:

- Temps des de l'arribada fins a la realització del TC cranial: inferior a 20 minuts.
- Temps des de l'arribada fins a l'inici del tractament trombòtic endovenós: inferior a 35 minuts.
- Temps des de l'arribada fins a la punció femoral en pacient que rebrà tractament endovascular: inferior a 60 minuts.

4.3.3. Paper d'infermeria davant l'activació del Codi Ictus

Els objectius davant un codi ictus són ^[34]:

- Reperfusió precoç del teixit isquèmic.
- Evitar el deteriorament neurològic precoç.
- Reduir el risc de recurrència.
- Evitar les complicacions neurològiques i sistèmiques derivades de l'ictus.

Les actuacions d'infermeria davant l'activació del codi ictus són les següents ^[34,35,36]:

1. En primer lloc assegurar la permeabilitat de la via aèria, mantenir una bona oxigenació i evitar broncoaspiració. Es recomana acomodar el pacient en posició de semi-fowler. En cas de disminució de la consciència es col·locarà una sonda nasogàstrica i es realitzarà l'aspiració del contingut gàstric.
2. Alhora, monitoritzar el pacient i control de les constants vitals: freqüència cardíaca, pressió arterial, freqüència respiratòria, saturació d'oxigen, temperatura, dolor, ràtio internacional normalitzat (INR) i glicèmia. S'administra oxigenoteràpia si la saturació d'oxigen és inferior a 95%.
 - a. Control de la funció cardíaca, especialment en pacients amb patologies cardíques o amb risc d'arrítmies.
 - b. Control de la pressió arterial a priori cada 15 minuts, les xifres de pressió inferiors a 220/120 mmhg no s'han de tractar abans del diagnòstic etiològic. En cas de xifres superiors es reduiran de manera gradual un 10-15% dels valors inicials en les primeres 24 hores. Cal tindre present que en episodis de ictus es molt freqüent la hipertensió, això pot ser degut a diferents factors com el dolor en el moment del ictus, una hipertensió de base, o bé, la resposta del organisme a causa de la hipòxia cerebral o un augment de la pressió intracranials.
 - c. Control de la temperatura. Un 40% dels pacients presenten algun episodi d'hipertèrmia,. S'evitaran temperatures superiors a 37,5°C degut a que afecta negativament en l'evolució de la patologia i incrementa la mortalitat. Cal corregir les xifres superiors a 37,5 °C amb antitèrmics o amb mesures físiques externes.
3. Canalització de 2 vies perifèriques en l'extremitat superior no parètica, extracció d'analítica sanguínia i administració de seroteràpia amb sèrum fisiològic.
4. Trasllat al TC amb pacient monitoritzat i realització de les proves complementàries com l'electrocardiograma, radiografia de tòrax i ressonància magnètica o angiografia si s'escau.

5. Manteniment del balanç hidroelectrolític. Les alteracions electrolítiques són poc freqüents en l'ictus isquèmic, solen presentar-se en la HIC o HSA. Es recomana l'administració de 2-2,5 litres de sèrum salí al dia, en cas de lesions extenses o edema cerebral es limitarà en 1,5 litres al dia. S'evitarà l'administració de sèrums hipotònics.
6. Evitar els factors que augmenten la pressió intracranials: com la hipòxia, hipercàpnia o la hipertèrmia, s'evitaran també els estímuls nociceptius i s'alleujarà el dolor si existeix.
7. Prevenció de la trombosis venosa profunda mitjançant l'exploració de les extremitats inferiors diàriament, i els embenats, mitges elàstiques o botins de compressió pneumàtica intermitent quan la heparina de baix pes molecular estigui contraindicada. No s'administraran fàrmacs antiagregants, anticoagulants ni heparines fins que es descarti la possibilitat d'instaurar el tractament trombolític.

4.3.4. Tractament fibrinolític

El fàrmac utilitzat per tractar l'ictus isquèmic és el factor activador de plasminògen (rtPA). La seva administració és endovenosa i la seva dosi es calcula multiplicant el pes del pacient per 0,9 mg essent 90 mg de fàrmac la dosi màxima. ^[33]

Els criteris d'inclusió són els següents^[33]:

- Edat entre 18 i 80 anys.
- Diagnòstic clínic d'ictus amb existència d'un dèficit neurològic objectiu. NIHSS >4.
- Interval inici de símptomes i l'administració del tractament <3 hores.
- TC craneal que descarti hemorràgia intracranial.

Les contraindicacions del tractament fibrinolític són les següents ^[33]:

- Temps d'inici de símptomes desconegut.
- HIC en el TC o sospita de HSA.
- Ictus menor (NIHSS <5 punts) o amb evolució cap a una millora.
- Ictus greu segons valoració clínic (NIHSS >25 punts) i/o tècniques d'imatge apropiades.
- Crisis comicials a l'inici.
- Història d'ictus previ i diabetis concomitant.
- Existència d'un sagnat actiu.

- Presència de diàtesi hemorràgica:
 - Trombopènia <100.000 plaquetes/mm³
 - Tractament previ amb heparina i temps de tromboplastina allargat (TTPA) $>1,5$.
 - Tractament previ amb anticoagulants orals.
- Cirurgia major, traumatisme important, hemorràgia gastrointestinal o de tracte urinari en els 30 dies previs.
- Cirurgia intracranial o traumatisme craneoencefàlic (TCE) en els 3 mesos previs.
- Antecedents d'hic, malformació arteriovenosa o aneurisma.
- Pericarditis, endocarditis.
- Punció arterial o lumbar recent. Biòpsia d'òrgans interns en la darrera setmana.
- Pressió arterial sistòlica (PAS) >185 o pressió arterial diastòlica (PAD) >110 mmhg.
- Glucèmia <50 o >400 mg/dl.

S'administrarà en primer lloc una primera dosi en bolus de 2 - 3 minuts que correspondrà el 10% de la dosi total. Si el pacient ho tolera correctament, s'administrarà la resta de dosi per mitjà d'una perfusió continua dissolta en un sèrum salí fisiològic de fins a 250 cc en 1 hora. ^[33]

Durant la infusió del fàrmac acomodar el pacient posició de semi-fowler, i monitorització cada 15 minuts de freqüència cardíaca, pressió arterial i escala NHISS. En el control de TA ideal xifres inferiors a 185/105 mmhg.

Si durant la infusió es produeix hipertensió, cefalea, vòmits i l'escala NHISS és inferior a 4 punts, sospitar de sagnat cerebral, cal doncs aturar la perfusió i repetir TAC cranial de manera urgent. ^[35,36]

Finalitzada l'administració del tractament es recomana no administrar àcid acetilsalicílic, heparines o anticoagulants orals durant les 24 hores posteriors, aquests no es podran administrar fins el TC de control que descarti transformació hemorràgica.

Els controls de la pressió arterial es mantindran durant 2 hores cada 15 minuts, les 6 hores posteriors els controls es realitzaran cada 30 minuts, i les 16 hores posteriors es realitzarà un control horari. ^[35,36]

4.4. Percepció i sentiments d'infermeria d'urgències davant una actuació urgent

El servei d'urgències és un servei caracteritzat per professionals sanitaris encarregats de prendre decisions i d'actuar de manera ràpida davant urgència amb compromís vital. L'augment de les patologies cròniques en la societat ha generat una major incidència de pacients en aquest servei degut a la agudització d'aquestes o bé, de l'aparició d'una nova patologia en aquests pacients. ^[37]

Les urgències hospitalàries defineixen un entorn caracteritzat per la immediatesa i, com a conseqüència, desencadena un conjunt d'actuacions successives que infermeria ha de realitzar de manera urgent.

La infermera ocupa un paper important i decisiu en la urgència, sovint és la figura amb major comunicació amb el pacient, propera i empàtic. Alhora, és una figura amb gran participació en l'actuació davant una urgència. ^[37]

La tensió mantinguda en l'entorn, pot contaminar les sensacions del personal d'urgències amb atributs negatius com l'estrès, esgotament, frustració, realització i la despersonalització.

A més a més, les actuacions, en alguns casos, desencadenen un desenllaç negatiu que pot ser acompanyat per sentiments de frustració, por, preocupació i desesperació ^[37].

L'exposició continua a aquests atributs i alhora, acompanyat d'una manca de personal, la sobrecarga laboral, la rotació a torns i l'elevada pressió temporal en la presa de decisions condueix a la despersonalització i el cansament emocional dels professionals. ^[38]

Les emocions juguen un paper important en el procés de cuidatge, el procés de cuidar s'entén com una intercanvi d'emocions, accions i experiències. Aquesta gestió d'emocions sovint produeix el fenomen de l'arrossegament emocional, que senten com la preexistència d'emocions generades en un primer pacient que modifiquen l'atenció del pròxim pacient. ^[38]

Algunes de les emocions que s'experimenten en el servei d'urgències són l'orgull, la culpa, la por, la felicitat, però d'altra banda, les que es presenten en major freqüència són la gratificació i, sovint emocions negatives com la frustració, la ira i la tristesa.

Alhora, el ritme accelerat del servei d'urgències i la successió constant de pacients que caracteritza aquest servei, genera una desvinculació emocional provocada per la mancança de temps per processar aquestes emocions. ^[38]

La tristesa i la tranquil·litat sovint són emocions i sentiments més prevalents en situacions que no tenen un bon desenllaç, sovint són acompanyades d'incertesa, estrès o angoixa. La resposta emocional està determinada per la relació, o bé, pel grau d'empatia amb el pacient. Freqüentment, aquestes vivències, es relacionen amb canvis en la percepció de diferents aspectes de la seva vida extra professional, com per exemple la valoració de petits esdeveniments diaris els quals abans no t'interessaven amb tanta intensitat. ^[39]

És essencial senyalar que, quan no existeix un bon control dels sentiments i les emocions es pot veure afectades també les habilitats cognitives que ens ajuden a actuar amb efectivitat. Identificar i comprendre les pròpies emocions, així com, gestionar les relacions resulta una habilitat crucial en l'atenció de qualitat. ^[40]

És cert que l'experiència laboral i l'edat afecten també a la capacitat de reconduir aquests sentiments i emocions, i és que quan més jove és el professional menys reconducció i menor capacitat d'abordatge d'aquestes situacions. Aquests sentiments i emocions negatives, com l'estrès, alhora, és deuen a la falta de seguretat i la capacitat d'adaptar-se en l'ambient laboral, sovint es relaciona també amb errors en la pràctica infermera que poden repercutir directament en la realització i satisfacció professional. ^[40]

És essencial doncs l'aprenentatge dels professionals d'expressar les emocions i sentiments i transformar aquelles emocions negatives en positives com a estratègia per la reparació emocional. D'aquesta manera, i alhora, acompanyat del recolzament de companys i supervisors, incrementar la satisfacció personal i professional positivament. ^[37]

Els professionals de la salut a causa del fet que presenten altes exigències emocionals amb relació a les seves tasques fan que es pugui produir un risc d'amenaces amb relació a la seva salut mental. Actualment, es troba en estudi la fatiga deguda a la compassió, que és definida com a conductes i emocions naturals resultants del coneixement d'un fet traumàtic viscut, l'estrès que és ocasionat d'ajudar o voler ajudar a una persona que pateix risc vital. ^[41]

Hi ha diferents factors que poden contribuir a la fatiga que es presenta segons l'individu en l'àmbit individual, la personalitat, l'educació i formació, l'experiència laboral i la qualitat de vida personal. Segons els resultats de l'estudi aquesta fatiga depèn de factors personals com són l'edat, el sexe, l'experiència professional i activitats d'oci. En relació amb aquest factor s'avaluava que l'experiència professional de menys d'11 anys demostrava presentar estrès traumàtic secundari més elevat comparat amb els que presentaven més experiència professional.^[41]

El treball en equip es considera important degut a la naturalesa impredecible de l'entorn, és important conèixer els membres de l'equip i la dinàmica de treball a l'hora d'afrontar situacions d'urgència vital.

Rellevant, alhora, pel recolzament emocional que comporta tindre un bon equip de treball on els infermers i infermeres senten una comprensió compartida quan ambdós viuen esdeveniments traumàtics.^[44]

4.5. Tècniques d'afrontament

L'equip d'infermeria del servei de urgències hospitalàries és troba diàriament en l'atenció d'afrontar situacions estressants. En la majoria dels estudis, resalten algunes de les característiques específiques d'aquests professionals com: atendre el dolor, la mort, la malaltia terminal, les situacions d'urgència vital, les demandes i pressions laborals, els conflictes de rol, els pacients problemàtics, la comunicació intragrupal, entre d'altres. Això pot ocasionar estrès laboral que es defineix com la reacció de l'individu davant de exigències i pressions laborals que no s'ajusten amb els coneixements i aptituds i posen a prova la capacitat d'afrontar les situacions.^[43]

Hi ha diferents models que desenvolupen l'estrès laboral el més utilitzat és el de Robert Karasek que segueix el model de *demanda-control-apoyo*. Aquest fa referència que les situacions estressants provenen de dos característiques : les demandes laborals (exigències psicològiques que rebem de l'entorn) i el control que tenim d'aquestes (tenint present l'autonomia i el desenvolupament de les habilitats). Com a tercera dimensió que ens fa referència es el recolzament social que en aquest cas es el moderador del estrès, el factor en el lloc de treball fa referència als companys com recolzament emocional i suport instrumental.^[43]

El desenvolupament d'estratègies d'afrontament poden aportar millora en la pràctica clínica. L'afrontament es caracteritza com a procés que la persona intenta reconduir les interaccions entre les demandes del medi extern i els recursos de què disposa per afrontar la situació . Les estratègies d'afrontament més comunes són les centrades en les emocions i en el problema, són les seqüents ^[44] :

Les estratègies d'afrontament orientades al problema:

- Comportament de afrontament confrontació, buscar recolzament social, resolució de problemes planificada. Planificació pas a pas i recerca de diferents solucions.

Les estratègies d'afrontament orientades a les emocions:

- Distanciament, autocontrol, acceptar la responsabilitat, comportament de evasió, revaluació positiva.

Pel que fa referència específicament a estratègies d'afrontament pels professionals d'infermeria en la pràctica clínica, s'ha demostrat que són més desenvolupades les tècniques de solució de problemes mitjançant la planificació de resoldre la situació, el suport social, la regulació del control emocional i la reestructuració cognitiva mitjançant la reavaluació positiva de la situació. ^[44]

Per la qual cosa és important desenvolupar estratègies i fomentar l'observació d'estudi del símptomes, i les situacions que poden ocasionar estrès i fatiga durant una situació traumàtica a urgències. ^[44]

4.6. Cadena assistencial innovació docent

A través de la instauració del codi ictus s'ha profunditzat la millora en l'abordatge de la malaltia, són diferents especialistes que intervenen en l'activació d'aquest codi sent de manera fonamental la seva actuació de manera multidisciplinària ,una actuació coordinada i eficaç en què tenen interioritzat l'objectiu comú de disminuir l'alta morbimortalitat que suposa la malaltia, amb el mateix nivell d'importància que altres malalties com són el IAM, el trauma greu o una sèpsia. L'efectivitat del seu tractament és el temps-dependent, d'aquesta manera d'aquí la real importància que ocupen el servei d'urgències en el gran coneixement de l'abordatge inicial i la detecció precoç. ^[45]

Aquesta malaltia suposa una presa de decisions rellevants que es necessari una educació sanitària a la població i un entrenament formatiu dels professionals que

intervenien; segons el codi deontològic d'infermeria la formació contínua de qualitat es una obligació ètica per tal de proporcionar una millora en la qualitat i l'atenció dels malalts.^[45]

Dins de la docència i la formació una línia d'investigació, es la simulació clínica, actualment la formació en ictus està iniciada però pendent de consolidar-se com a programes formatius d'igual manera que la formació simulada de patologies com parada cardiorrespiratoria (PCR) o traumatismes greus.^[45]

Hi ha un grup d'experts que han pogut realitzar una experiència de pràctica simulada del grup de NEUROICTUS de la societat Espanyola de urgències i emergències en el que citen que es poden detectar aquells moments d'actuació que suposen un retràs en la identificació de les causes i establir accions de millora, proporciona millora de qualitat assistencial i minimitza variabilitat en la pràctica clínica.^[45]

L'evidència científica és una eina molt útil per conèixer la realitat i millorar la qualitat de pràctica mèdica. No hi ha dubte que l'experiència i l'habilitat clínica és fonamental en la presa de decisions, però no són suficients per combatre la incertesa que pot desenvolupar en el tractament de la malaltia.^[45]

5. Metodologia

5.1. Tipus d'estudi

El present projecte és un estudi en la que s'han combinat diferents metodologies.

A priori és una revisió bibliogràfica de la informació i protocols publicats en els darrers anys per tal d'adquirir informació sobre la patologia, el codi ictus i la seva activació, i el rol d'infermeria. Sabem que la funció de la infermera d'urgències és clau per una ràpida identificació de la patologia, així com, en la col·laboració en l'equip multidisciplinari. Aquesta primera part del projecte té com a principal objectiu la creació d'un marc teòric en el que centrarem la nostra investigació i el qual ens ajudarà a basar la discussió i interpretar els resultats obtinguts.

En l'elaboració d'aquesta revisió, s'ha realitzat una recerca exhaustiva de la literatura científica publicada des del 2013 fins l'actualitat, aquesta revisió ens ha ajudat en la creació del marc teòric. Per realitzar aquesta recerca hem utilitzat l'estratègia P.I.C.O (Població, Intervenció, Comparació, Resultats): Actualment, quines funcions exerceix el personal d'infermeria d'urgències davant un codi ictus, i quines són les sensacions i percepcions que els acompanyen?

P	Població	Personal d'infermeria d'urgències.
I	Intervenció	Experiència i percepcions del personal d'infermeria.
C	Comparació	Comparació de les actuacions del personal i alhora de les seves percepcions i sensacions en atendre una urgència.
O	Resultats	Exposició del rol que actualment infermeria duu a terme en l'atenció a un pacient en ictus agut, les seves accions, sensacions i percepcions.

En la recerca bibliogràfica s'han utilitzats descriptors com: ictus, codi ictus, actuació d'infermeria, rol d'infermeria, sensació i percepcions. Amb l'objectiu de definir i ampliar la recerca aquests descriptors han estat combinats amb els operadors booleans "AND" i "OR". Aquesta revisió bibliogràfica s'ha realitzat en bases de dades com: Pubmed, Cochrane, Dialnet, Elsevier, i en documents procedents de pàgines web d'organitzacions oficials.

En la selecció d'articles, els criteris d'inclusió han estat els següents:

- Articles relacionats amb la pregunta d'estudi.

- Articles publicats des de l'any 2013 fins l'actualitat.
- Articles en català, castellà o anglès.
- Articles gratuïts.

D'altra banda, també és un estudi qualitatiu centrat en el paradigma comprensiu-naturalista-interpretatiu. Aquest paradigma es defineix com una visió holística, és a dir, es duu a terme la comprensió dels fenòmens des de la perspectiva de les persones que el viuen. En aquest context, les reflexions i coneixements individuals procedents de l'investigador i dels subjectes investigats juntament amb la cooperació, construeixen el coneixement formal. ^[46]

El present estudi és de caràcter fenomenològic, degut a que, indagarem per mitjà d'entrevistes a infermers i infermeres, sobre les experiències viscudes i percepcions dels subjectes estudiats en un moment determinat de la seva vida professional.

L'objectiu d'aquest estudi és conèixer les competències, els sentiments i les sensacions que aquests senten en una context determinat com és l'activació del Codi Ictus. ^[46]

5.2. Participants i unitat d'observació

En l'elaboració d'aquest projecte els professionals entrevistats han estat escollits per mitjà d'un tipus de mostreig empíric anomenat bola de neu, és a dir, s'inclouran més subjectes a partir dels que ja hem investigat. ^[46]

D'aquesta manera, estudiarem infermers o infermeres que actualment exerceixen en el servei d'urgències dels hospitals del camp de Tarragona.

Els criteris d'inclusió són:

- Subjectes que formen part del servei d'urgències i han atès un codi ictus.
- Subjectes que presentin una experiència laboral en els serveis d'urgències mínim de 4 anys.
- Subjectes que vulguin participar i firmin el consentiment informat.

Els criteris d'exclusió són:

- Subjectes que no formen part del servei d'urgències.
- Subjectes que no han atès mai un pacient amb ictus.
- Subjectes amb una experiència laboral inferior a 4 anys.
- Subjectes que no firmin el consentiment informat.

En la selecció de la mostra no s'ha tingut en compte variables com l'edat, el sexe o estudis de postgraus realitzats.

5.3. Tècniques de recollida de dades

La recollida de dades del projecte s'ha realitzat per mitjà d'entrevistes individuals basades en un guió semiestructurat (Annex 5), que ens ha permès explorar totes les qüestions prèviament plantejades alhora que, ens ha permès flexibilitat per profunditzar en altres qüestions.

Les reunions, amb el permís dels subjectes, han estat enregistrades amb notes de veu fet que ens ha permès escoltar-les de nou i analitzar-les amb profunditat. Alhora, ens ha permès també estar atentes en les entrevistes sense la necessitat d'estar anotant constantment, fet que ha reduït distraccions. Posteriorment, hem transcrit aquestes reunions (Annex 7).

5.4. Categorització i anàlisi de dades

Finalitzades les entrevistes i la seva transcripció, procedirem a analitzar les dades obtingudes per mitjà de categories i subcategories. Les categories defineixen els principals temes que s'han tractat en les entrevistes, i les subcategories detallen continguts rellevants de cadascuna de les temàtiques inicials. ^[46]

CATEGORIES

1. Experiència al servei d'urgències
2. Gestió de les emocions
3. Percepcions en l'actuació d'infermeria
4. Sentiments en l'actuació
5. Coneixements

SUBCATEGORIES

- 1.1. Experiència laboral
- 2.1. Evolució de les emocions
- 2.2. Tècniques d'afrontament
- 2.3. Formació gestió de les emocions
- 3.1. Factors que influeixen en l'actuació d'infermeria
- 3.2. Suport de l'equip

4.1. Por i inseguretat

4.2. Angoixa i nerviosisme

4.3. Altres

5.1. Reflexions sobre l'actuació per a futurs professionals.

5.5. Aspectes ètics

D'acord amb els principis ètics i la bona pràctica, s'ha respectat la confidencialitat dels professionals que han participat en les entrevistes. De manera que, per complir amb la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, sobre la Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, l'objectiu de la qual és garantir i protegir, pel que fa al tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, i especialment, del seu honor i intimitat personal i familiar, hem creat un consentiment informat (Annex 6), mitjançant el qual hem informat previ a la realització de les entrevistes de manera verbal i escrita de la finalitat de l'estudi i com serà tractada la informació que ens transmeten, destacant tant la voluntarietat com la confidencialitat de les dades. Alhora, s'informa de l'enregistrament únicament d'àudio de les entrevistes i de la possibilitat de revocar aquest consentiment informat en qualsevol moment de l'estudi, constant un apartat amb aquesta finalitat en el consentiment informat. Per respectar aquest anonimat, s'han utilitzat les codificacions "ISU1", "ISU2" i "ISU3" per cadascun dels professionals entrevistats. L'estudi qualitatiu d'actuació i percepció d'infermeria d'urgències hospitalària davant el codi Ictus segueix les guies de bones pràctiques i la Declaració de Helsinki.

6. Resultats i discussió

Finalitzades les transcripcions de les entrevistes, hem procedit en analitzar les dades mitjançant la creació de categories i subcategories amb la finalitat de donar resposta al als objectius establerts a l'inici de l'estudi.

6.1. Experiència al servei d'urgències

6.1.1 Experiència laboral

Tots els participants que formen part del projecte i que, per tant, han estat entrevistats han constatat una experiència laboral en el servei d'urgències hospitalàries superior a 4 anys. Els estudis posteriorment cursats pels participants, no han estat una variable d'interès en els criteris d'inclusió dels subjectes anteriorment descrits.

ISU 1 *En el servei d'urgències d'aquest hospital (Joan XXIII) des de 2014 , abans havia estat a la Tecla hi havia estat 2 anys.*

ISU 2 *Doncs... Des del 1999. Farà 24 anys.*

ISU 3 *Bueno, jo porto treballant a l'Hospital de Reus al servei d'urgències uns.. 19 anys.*

L'experiència laboral, és una subcategoria a tindre en compte per a complir els criteris d'inclusió inicialment establerts en l'estudi. Com hem citat anteriorment, els professionals d'infermeria per poder formar part del projecte i ésser entrevistats havien de corroborarà com mínim 4 anys d'experiència laboral al servei d'urgències hospitalàries.

L'experiència laboral dels entrevistats han aportat nous aprenentatges al llarg del seu recorregut professional aquest fet es pot comparar amb el model basat de Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer on cita el model de transformació que posa de manifest que el cuidatge es canviant en el temps degut a que les experiències, cosa que aporten un aprenentatge i amb el temps i la pràctica clínica ofereix a la infermera assistencial habilitats que potencien el cuidatge i el transformen en més expert.

6.2. Gestió de les emocions

6.2.1. Evolució de les emocions

L'evolució de les emocions és una subcategoria que sorgeix de les entrevistes amb els subjectes. Els infermers d'urgències entrevistats afirmen que les emocions constantment evolucionen. Coincideixen en que l'experiència és un factor condicionant en l'evolució de les emocions i alhora també, condiciona la seva gestió. Els participants, defineixen les vivències viscudes i l'experiència laboral del dia a dia com una font de seguretat i de tranquil·litat davant de situacions de risc vital.

Alhora, els subjectes afegeixen que, si tot avança i surt com un espera, les emocions sovint evolucionen cap a la calma i la tranquil·litat disminuint d'aquesta manera l'angoixa que es genera en el moment d'atendre una situació d'urgència.

ISU 1 ...la primera vegada que vaig atendre un ictus o una actuació de pacient crític, sí que recordo que els nervis eren molt diferent dels d'ara , o sigui no tens ni la tranquil·litat ni ...la seguretat que tinc ara.

ISU 1 ...van evolucionant a mesura que veus que tens controlada la situació que ja has vist el que te ,és a dir que té un ictus que no el té pero ja veus.. Que està estable que ja l'has punxat que li has fet el TAC .. Llavors aquesta excitació i nerviosisme va baixant cada vegada estàs més tranquil, encara que sigui la primera vegada que estàs insegur si veus que el pacient es manté estable ja respire una mica..

ISU 2 Jo crec que evolucionen, si som humans, tindrien que evolucionar. Perquè no és el mateix un malalt que ve i no coneixes de res, que comences a tractar-lo, sigui l'evolució que sigui, quan portes més temps, li dones la mà, li poses la via, hi parles, ja estàs empatitzant amb el malalt, i no és el mateix a algú que no coneixes de res que amb un malalt que portes 10 hores.

ISU 3 Si que evolucionen... a l'inici estàs nerviós i a mesura que avances i realitzes les tècniques d'infermeria, ja s'ha fet el TC i veus que les proves es van fent aquesta angoixa i nerviosisme disminueix.

Les emocions juguen un paper important en el procés de cuidatge, tal i com afirma Astralaga, aquestes no només estan presents, sinó que evolucionen mentre atenem els pacients. Defineix que les emocions són canviants i sovint, condueixen a modificar la nostra resposta emocional i no només això, sinó que també poden influir en les habilitats cognitives. Tanmateix, Borges i Astralga fan referència també a la importància de que els professionals d'infermeria adquireixen habilitats que ofereixen eines per aconseguir

una bona gestió emocional amb l'objectiu per una banda de reduir els factors que poden contribuir en la fatiga, i alhora, amb l'objectiu d'oferir qualitat i efectivitat en l'atenció infermera. [40,41]

Alhora, Fernández i Isbell descriuen que, cal tindre present que hi ha factors que determinen la resposta emocional, alguns exemples poden ser l'empatia, la relació que s'estableix amb el pacient, o bé, la desvinculació emocional. [38,39]

6.2.2. Tècniques d'afrontament

Són diverses les tècniques d'afrontament que descriuen i utilitzen els participants, aquestes estratègies s'engloben tant a l'afrontament del problema com a les emocions. La preparació del material o de la medicació previ a l'arribada del pacient, són algunes de les eines més utilitzades pels entrevistats, expressen un major confort i seguretat en el moment de l'atenció al pacient. Un exemple, és la de tindre una batea amb el material necessari per canalitzar una via perifèrica.

Alhora, expressen que, per evitar el desbordament és d'utilitat centrar-se en pensar en els passos a seguir en urgències vitals i no en la globalitat de la patologia o en la gravetat del pacient. Un exemple, és pensar en els passos a seguir en la valoració ABCDE.

ISU 1 *Com a tècnica de afrontament es preparar-m'ho tot o sigui intentar preparar-me totes les coses possibles a mi em relaxa moltíssim , tenir tota la medicació preparada i tots els utensilis necessaris per afrontar la situació ,o sigui el que em dona seguretat és tindre tot prepara't com més coses preparades tinc més seguretat perquè se que guanyaré mes temps i per altra banda altre cosa que crec que es super important coma tècnica es la comunicació dintre de l'equip de crítics és molt important.*

ISU 2 *Pues mira, jo, el que us puc dir, quan estic en un problema molt molt greu, no penso amb què estic, és a dir, em concentro completament amb simptomatologia, praxis com a infermera, que he de fer per intentar que no vagi a més i no penso en cap moment el que tinc en les mans, perquè si no en risc vital et desbordaries.*

Penso en el que hi ha, primer via aèria, respiració, circulació... no penso ostres tinc un nen petit de 4 anys, ostres.... Em bloquejo.

ISU 3 *Mantenir la calma, els pacients el que busquen en tu és que estiguis calma't. A urgències sempre diem una cosa no s'ha de córrer, ni cridar , mai*

sigui el que sigui perquè els pacients estan vulnerables , el que volen es cura ,i algú que els ajudi , llavors no pot haver nerviosisme ni estrès...

Es considera essencial disposar d'eines que ajudin a gestionar les situacions i les emocions que es viuen en el servei d'urgències. Com afirma, l'estudi de Carrillo-García C i l'estudi de Qarima K, saber identificar i gestionar les emocions ajuden a reduir el risc de patir estrès laboral entre els professionals d'infermeria. Aquestes eines permeten millorar la gestió de les pròpies reaccions davant exigències i pressions laborals. Les tècniques d'afrontament esmentades en el marc teòric s'orienten a l'afrontament del problema i de les emocions. ^[43,44]

6.2.3. Formació gestió de les emocions

Els participants afirmen que els centres hospitalaris ofereixen cursos de gestió emocional, alguns dels centres ja ho oferien abans del covid, d'altres els van anant introduint després.

ISU 1 *Sí ens van fer formació de la gestió de les emocions... Mmm... A través de tot això del COVID van veure que hi havia un problema emocional del personal en general sanitari i més en concret en aquest servei d'urgències i llavors vam tindre la formació i el contacte amb la psicòloga..*

ISU 2 *Em sembla que abans del covid va ser de les primeres formacions que vam fer, però va ser un curs curt, i després en vam fer un altre relacionat amb com ens sentim i de com portar un malalt agressiu i de mica en mica, es va introduir tot el tema de la gestió de emocions, i va ser just abans del covid.*

ISU 3 *l'hospital ens dona accés a cursos sobre gestió emocional , mindfulness , i si tu vols pots accedir i assistir aquests cursos... Ara després del covid es alguna cosa general a nivell emocional i abans eren més cursos mèdics... jo considero que això hauria d'anar amb relació al servei on treballes , no potser el mateix per tots els serveis, per tant, els sanitaris que comencen la seva formació s'hauria de formar segons el servei on estiguis no crec que sigui imprescindible formar-se en gestió de les emocions.*

Tal i com afirma Astralaga, és important adquirir un bon control de les emocions i els sentiments en el servei d'urgències ja que aquestes poden afectar a les habilitats cognitives. ^[40]

Alhora, Nespereira-Campuzano remarca que, és essencial un bon domini de les emocions per tal d'abordar correctament les situacions estressants. Defineix com a

principal estratègia de reparació emocional la capacitat de revertir les emocions negatives en positives. ^[40]

6.3. Percepcions en l'actuació

6.3.1. Factors que influeixen en l'actuació d'infermeria

Tots els entrevistats mostren el gran interès i la importància de la formació, la interiorització dels protocols i l'organització en l'equip que és fonamental per una bona actuació, de manera coordinada i eficient. Quan tots els professionals saben quina és la seva tasca s'actua més ordenadament i en conseqüència més ràpidament. Alhora, afirmen que l'estat d'ànim del professional també interfereix.

En cap cas ningú dels entrevistats ens comenten que hagin format part de cursos en pràctiques de simulació en relació al codi d'ictus.

ISU 1 *...tenim tant interioritzat el protocol a seguir i les tasques de cada professional assignades que la nostra comunicació es no verbal, o sigui tothom sap el que ha de fer quan arriba el pacient.*

ISU 2 *...et plantejes el que hi ha però no crec que afecti en la manera de treballar, al contrari, saps que el hi ha i per sort tenim bibliografia, el codi ictus, cursos, i gràcies això crec que em evolucionat tant que crec que ens ha de quedar al cap que quan entra un codi ictus és fer el que em de fer per evitar que les seqüeles vagin a més,*

ISU 2 *Les emocions totes interfereixen i la situació de l'estat d'ànim de cada professional.*

El treball en equip és un factor rellevant en l'actuació d'infermeria, Qarima K determina que és important conèixer els membres de l'equip i la seva funció. L'autora afirma que millora la dinàmica en l'afrontament de la situació d'urgència vital, això en part és degut a que quan es viuen esdeveniments traumàtics, la comprensió compartida afavoreix la comprensió emocional. ^[44]

Alhora, tal i com afirma Aguilera Peña, és de gran importància la formació contínua en els professionals sanitaris per tal d'abordar situacions d'urgència vital, i oferir una assistència de qualitat alhora que es proporciona seguretat al pacient. ^[45]

6.3.2. Suport de l'equip

Els entrevistats defineixen en positiu la importància d'estar acompanyat d'altres infermers, i del recolzament de l'equip on tots segueixen un mateix protocol i cadascú realitza la funció que li pertoca. Alhora, aquest suport en l'equip i la presència de més infermers al servei d'urgències permet ocupar el lloc de l'altre si s'escau.

ISU 1 *També dir que l'actuació i la pressió no es la mateixa quan hi havia un sol infermer en el box de crítics que ara que som dos , la veritat és que canvia molt.*

ISU1 *fa molt l'equip i saber que fer cadascú si les funcions estan limitades es suficient. Això és gràcies de tenir un bon protocol.*

ISU 2 *si algun dia et sents pressionada, és millor donar un pas enrere i que entri una altre companya perquè lo bo que tenim és que en el servei d'urgències si no està un està l'altre.*

ISU 3 *I quan veus algo que no coincideix o no et quadra llavors ràpidament ho consultes per veure si pots evitar que això vagi a més, i el fet de poder-ho consultar et dóna més seguretat perquè no estàs mai sol a l servei d'urgències...*

D'aquesta manera es pot establir una relació entre les respostes dels professionals i l'estudi de Power H, on s'obté gran importància el fet de treballar en equip, ho destaca com una peça clau en aquest entorn de treball caracteritzat per la immediatesa i la impredictibilitat. Aporta tranquil·litat i recolzament emocional.^[42]

6.4. Sentiments en l'actuació

Com hem definit en el marc teòric, els sentiments i les emocions juguen un paper molt important en el procés de cuidar. Els infermers i infermeres entrevistades expressen alguns dels sentiments que han sentit en atendre un codi ictus.

6.4.1. Por i inseguretat

Segons l'Institut d'Estudis Catalans (IEC), la por és el torbament de l'ànim de manera subtosa i forta, en presència d'un perill. El IEC, defineix la inseguretat com la manca de seguretat.

Els entrevistats destaquen la emoció de la inseguretat per davant de la por , la inseguretat davant d'una situació de risc vital del qual no tens control. De tal manera que expliquen les primeres vegades d'assistència del ictus a destacar a nivell emocional amb més inseguretat que despres de mes de 4 anys d'experiència on gràcies a les habilitats adquirides guanyes mes control de la situació , i fa que no els generi aquest

sentiment de por o més bé inseguretat.

ISU 1 *recordo el moment aquellno de por potser si d' inseguretat però no de por. Ho sigui amb el pensament de ho sabré fer?, no ho sabré fer? I...de tindre una inseguretat però mai de por.*

ISU 1 *És a dir he vist gent que han tingut por de quan han vingut codi d'ictus o ric vitals en general i jo no. Jo crec que era inseguretat de si podré estar a l'altura per superar això.*

ISU 1 *abans estaves sol en l'actuació d'un codi ictus .. Abans era un infermer que ho feies tu tot sol.. Llavors el nivell d' inseguretat era molt més gran que ara ..*

ISU 1 *les tècniques si surten bé també ajuden al fet que tinguis més control de la situació si no et surten bé... Doncs llavors ja és tot.*

ISU 1 *allò desconegut es el que ens fa més por.*

ISU 2 *La part positiva és que estàs acompanyada i això és super bo, perquè si et col·lapses o no saps alguna cosa o necessites recolzament sempre tens una altre persona professional allà, i això disminueix la inseguretat.*

ISU 3 *l'actuació sempre intento fer-la ràpida però si que fa por quan et trobes amb que el pacient és jove, t'angoixa una mica no?*

ISU 3 *Et sents millor ara mateix perquè no tens tanta por... Intentes minimitzar més comorbiditats al final perquè englobes més patologies i més signes i símptomes que no inicialment però bé.. Amb l'experiència pot ser no sents tanta inseguretat...*

La por i la inseguretat, són els sentiments més expressats per part dels participants. Coincidint amb Isbell, on en la seva investigació descriu la por i la inseguretat com els sentiments que més s'experimenten en el servei d'urgències. ^[38]

Part dels entrevistats, coincidint amb Astralaga, afirmen que la capacitat de reconduir o abordar aquests sentiments derivats de les situacions que es viuen en les urgències hospitalàries depenen sovint de l'experiència laboral i de l'edat. ^[40]

6.4.2. Angoixa i nerviosisme

Segons l'IEC, l'angoixa és un malestar físic i psíquic profund, determinat per la pressió d'un perill imminent i indeterminat. Defineix el nerviosisme com l'estat d'excitació nerviosa.

Els entrevistats coincideixen en la prevalença d'aquests sentiments en el dia a dia, influenciats no només per l'entorn d'immediatesa del servei d'urgències, sinó també, com a conseqüència del patiment del pacient.

ISU 1 *els nervis de la primera vegada de saber si sabràs actuar o no crec que fan que estiguis més nerviós i siguis menys precís i menys efectiu ..*

ISU 2 *és una impotència i ansietat com a persona, de veure que intenten al màxim poder comunicar-se amb tu i que tu no pots comunicar-te amb ells perquè no entens el que diuen.*

ISU 2 *a mi el que em dona neguit és l'equip, vull dir, que si l'equip no respon igual que tu. Que tots estiguem coordinats, tenim la rea, i el que no pot ser és que entri un codi ictus i que entrin 80 persones al box, perquè entre nosaltres ens tapem i ens fem mal.*

ISU 3 *En gent jove no ens trobem molts casos però sí que em crea una mica d'ansietat...*

Coincidint el relat dels entrevistats, Fernández defineix l'ansietat i el nerviosisme com els sentiments prevalents en el servei d'urgències, sovint acompanyats dels sentiments mencionats anteriorment, la por i la inseguretat.

Ahora, Fernández afirma que, aquests sentiments, són prevalents en situacions delicades que no tenen un bon desenllaç. ^[38]

6.4.3. Altres

L'IEC defineix la ràbia com el sentiment de disgust o contrarietat i l'estrés com a definició de tensió mental provocada per un factor físic o emocional .

Els entrevistats mencionen diversos sentiments que sorgeixen en les actuacions que realitzen al servei d'urgències. Les més esmentades, citades anteriorment, són la por, la inseguretat, l'ansietat i el nerviosisme, són els sentiments que més destaquen i ahora coincideixen amb la cerca bibliogràfica.

Per altra banda, trobem al llarg de les entrevistes registrades altres sentiments també viscuts en el servei d'urgències com són la ràbia que es provoca per la mala organització o descoordinació entre l'equip en una actuació d'emergència.

Al llarg del treball, hem trobat escassa bibliografia en relació a la evidència dels professionals d'infermeria en el servei d'urgències, que despertin el sentiment de ràbia durant l'actuació d'emergència.

En l'article de Carrillo-García, es resalta que les situacions d'urgències vitals amb les demandes i les pressions laborals conjuntament amb la comunicació intergrup, pot desenvolupar estrès que és la reacció fisiològica que preparen l'organisme per l'acció davant d'aquestes situacions estressants.^[43]

ISU 1 *Recordo l'estrès*

ISU 2 *el que no pot ser és que entri un codi ictus i que entrin 80 persones al box, perquè entre nosaltres ens tapem i ens fem mal. És igual qui faci que, però és temps dependent, i això em dona coratge, ràbia, perquè per culpa de mala organització podem perdre 3 minuts amb el malalt*

ISU 2 *em dona ràbia la descoordinació que pot haver en algun moment i fa que s'alenteixi tot.*

6.5. Coneixements

6.5.1. Reflexions sobre l'actuació per a futurs professionals

ISU 1 *Que estiguéssiu tranquil·les... El primer i el que segur que no fareu però .. Al final és cadascú sap quins són el seu coneixement llavors jo crec que una persona que té por es una persona que ho pot fer .. Però no té la seguretat.*

ISU 2 *s'ha de tindre molt clar el que tens de fer, i si en algun moment dubtes, no passa res perquè som tots humans i tots dubtem, no passa res i per això estàs en un hospital sempre hi ha algú que et pot donar un cop de mà, i no cridar mai. Perquè si cridem podem posar nerviós el facultatiu, i si crida ell et posa nerviós a tu, en una situació crítica en un hospital tens la part positiva i la part negativa.*

ISU 3 *En codi ictus respirar! Tranquil·la no es una urgència en qüestió de 3 segons .. Pot haver un desencadenament fatal i si realment és així en 3 segons tu no pots fer res, llavors com a consell es acompanyament al pacient donar seguretat i tranquil·litat.*

Com es poden observar, qualsevol de les respostes amb relació a l'actitud a l'hora d'actuar davant d'un ictus és important mantenir tranquil·litat i donar seguretat al pacient de què estem fent en tot moment, per altra part, alguns dels entrevistats ens expliquen que aplicar la seguretat que et pot aportar extra el fet d'estar en un servei d'urgències hospitalàries amb el suport de l'equip.

7. Conclusions

Finalitzat l'anàlisi de resultats i tenint en compte l'objectiu principal d'aquest projecte, que és conèixer el rol d'infermeria d'urgències hospitalàries davant un codi Ictus i experiències viscudes, sentiments i sensacions que es generen en atendre una urgència vital, hem arribat a diverses conclusions.

A priori, amb la recerca bibliogràfica hem pogut ampliar els nostres coneixements respecte l'ictus i la seva simptomatologia, els factors de risc, la epidemiologia, el codi ictus i la importància de l'actuació per part de l'equip d'infermeria en la seva activació. La ampliació dels nostres coneixements d'aquesta patologia cerebrovascular i de la seva gravetat, ens ha proporcionat la base per conèixer de manera més específica el rol de la infermera d'urgències intrahospitalària i les funcions a realitzar davant un pacient amb un codi ictus, i la seva importància.

En relació a l'actuació de l'equip d'infermeria d'urgències, em pogut comparar la bibliografia i valorar a través de les entrevistes realitzades que tenen interioritzat el protocol i tota la cadena assistencial a seguir de manera coordinada per tal de minimitzar el temps d'evolució del pacient, i com a conseqüència la morbimortalitat.

Alhora, per mitjà de bibliografia publicada, hem comprès quines són, en general, les percepcions i els sentiments del personal d'infermeria d'urgències intrahospitalàries davant una actuació urgent. En un entorn caracteritzat per la tensió i la immediatesa i, on les emocions juguen un paper tant important, creiem que és important identificar-les i emprar eines que ens permetin gestionar-les per tal de proporcionar una atenció de qualitat.

A posteriori, amb l'anàlisi de les entrevistes realitzades, destacar la importància d'adquirir formació en la gestió de les emocions, sovint l'entorn de les urgències hospitalàries es caracteritza per la immediatesa i tensió mantinguda, això freqüentment es tradueix en atributs negatius com és l'estrès, l'esgotament, la despersonalització, la frustració, l'angoixa, entre d'altres. Les emocions i els sentiments juguen un paper important en el cuidatge, per tant, una bona gestió de les emocions, mitjançant l'ús d'eines que ens facilitin expressar-les i gestionar-les dins i fora de l'àmbit laboral permet un millor control de la nostre resposta emocional.

Comptar amb un ampli ventall de tècniques d'afrontament ens permet gestionar les emocions tant en el moment de la urgència vital com en els moments posteriors, ens podrà ajudar a oferir no només una atenció de qualitat, ràpida i efectiva, sinó que també a assolir un benestar emocional. La preparació prèvia del material a l'arribada de la urgència, o bé, organitzar-nos centrant la nostra atenció en el passos a seguir, com és el ABC enlloc de la gravetat de la situació en pot ajudar a oferir immediatesa i efectivitat. Alhora, ens ajudarà a mantenir la linealitat de les emocions reduint la interferència d'aquestes en el moment de la urgència vital. Aquestes estratègies, resulten de gran utilitat, sobretot tenint en compte que el personal d'infermeria contínuament exposat a l'estrès ocasionat de voler ajudar o de cuidar a una persona amb risc vital, condueix a presentar exigències emocionals que sense una bona gestió pot desencadenar en una amenaça en relació a la salut mental del personal.

Valorem que la coordinació i el treball en equip és essencial per un bon funcionament del servei d'urgències, per tant, un bon equip de treball que ofereix un bon suport entre els companys de treball és important degut a que ens pot ajudar a gestionar, i alhora, a coordinar les habilitats i les emocions en moments d'emergència. Alhora, ho considerem un pilar important per una bona gestió emocional, el poder compartir les emocions i sentiments que t'ha generat una determinada situació amb els companys que han atès la mateixa urgència per tal de posar en comú aquestes sensacions, per deixar-les anar i per sentir-se comprès.

Finalitzades les entrevistes i el projecte, concloem que es compleix la hipòtesis plantejada a l'inici del treball. Per tant, podem descriure que el personal d'urgències dels hospitals Sant Joan Reus, Joan XXIII i Vendrell, valoren i consideren d'importància vital les hores de formació i el coneixement específic segons el protocol de codi ictus de cada centre hospitalari. Aquesta formació i coneixement, conjuntament amb un bon equip de treball, els permet actuar de manera ràpida i coordinada en el menor temps possible, com hem citat durant el projecte, el temps és prioritari. Alhora, la interiorització del protocol, disminueix la interferència d'emocions negatives derivades d'experiències procedents d'alguna actuació anterior sense un desenllaç positiu, i a una millor gestió emocional de la situació viscuda.

8. Limitacions i futures línies de recerca

Durant la realització de l'estudi ens van trobar amb algunes limitacions, la primera que ens vam trobar és la dificultat de poder realitzar totes les entrevistes de manera presencial, una d'elles es va realitzar per videoconferència cosa que va fer limitar la comunicació i el fet de poder extreure més informació, ja que de manera presencial vam poder consolidar un vincle de comunicació més oberta i un feedback més positiu que no pas de manera virtual que moltes de les preguntes queden més limitades, ja que de manera virtual fa que es perdi la intimitat entre entrevistat i entrevistador.

Una altra de les limitacions és la falta de bibliografia i estudis que hi ha amb relació a percepcions i/o sentiments dels professionals d'infermeria en urgències hospitalària en relació a l'ictus.

D'altra banda, com a mostra d'estudi vam agafar professionals amb més de 4 anys d'experiència en urgències i considerem que en molts aspectes emocionals els havien viscut durant el seu primer any de professionals que a mesura que passen els anys i les situacions viscudes fan que aquestes emocions viscudes no siguin percebudes tan impactant.

A través de l'anàlisi de la bibliografia i de les entrevistes realitzades, considerem rellevant la realització en el futur d'estudis que indaguin en la importància de conèixer com es senten els professionals sanitaris, i, quines emocions, percepcions i sensacions es desencadenen en atendre una situació urgent com és el codi ictus. Durant la realització del projecte, ens hem trobat en que actualment, molta bibliografia està enfocada en el tracte, i a escala emocional en relació al pacient. Per aquest motiu, des d'aquí fem una crida a obrir noves estratègies i línies d'investigació que ens permetin valorar i obtenir coneixement en relació a les aptituds i actituds dels professionals en l'atenció a situacions urgents, i en concret a l'ictus, pel fet que la seva intervenció no només ve enfocada en els seus coneixements sinó també una gran part en la seva part emocional.

9. Referències bibliogràfiques

1. Societat Espanyola de Neurologia: El atlas del ictus. [Internet]. Barcelona; 2020 [consultat el 4 de desembre de 2022]. Disponible a: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Informes_comunidad/Informe ICTUS_Cataluna.pdf
2. Rigau Comas D, et al. Guía de pràctica clínica sobre prevención primària y secundaria del ictus. Med Clin (Barc). 2009;133(19):754–762
3. Peñafiel M. 9 factores de riesgo modificables y no de accidente cerebrovascular. Elsevier [Internet]. 2018. [consultat el 5 de desembre de 2022]. Disponible a: [9 factores de riesgo \(modificables y no\) de accidente cerebrovascular \(elsevier.com\)](https://www.elsevier.com/locate/S0926641018300009)
4. Generalitat de Catalunya. Ictus: Guia de pràctica clínica. [Internet] 2007. [consultat el 10 de desembre de 2022]. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1853/gpc_ictus_2007.pdf?Sequence=1&isallowed=y
5. Ministerio de sanidad: Guía de pràctica clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria]. 2009. [consultat el 12 de desembre de 2022]. Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
6. Rodríguez Vico Araceli, Sánchez Hernández Fernando. Triage por enfermería en el ictus agudo. Enferm. Glob. [Internet]. 2021 [citado 2022 Dic 08] ; 20(64): 108-130. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400108&Ing=es. Epub 25-Oct-2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.465261>.
7. Kathleen T Alligood. Modelos y teorías en enfermería (10e). [Internet]. España: Elsevier;2022 [consultat 11 gener 2023].Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.sabidi.urv.cat/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788413822990000194>
8. Elsevier. Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica [Internet]. Elsevier Connect. [citad el 12 de gener de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/teoria-de-la-enfermeria-como-cuidado-un-modelo-para-transformar-la-practica>
9. Raile, A. Martha. Tomey, M. Ann. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier, 2011.

10. Romero-Bravo M, et al. Conocimiento sobre el ictus en la población española: una revisión sistemática. *Rev Neurol* 2022; 74: 189-201.
11. Médica G. La OMS clasifica el ictus como enfermedad del sistema nervioso en la CIE-11 [Internet]. *Gaceta Médica*. 2021 [citad el 13 de Gener de 2023]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/oms-ictus-enfermedad-sistema-nervioso-cie-11/>
12. Díez Tejedor E. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus [Internet]. 2006. [Citad el 9 de Gener de 2023]. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_oficial_para_el_diagnostico_y_tratamiento_del_ictus_2006.pdf
13. Generalitat de Catalunya. Guia sobre la pràctica clínica sobre la prevenció primària i secundària del ictus. [Internet]. [Citad el 9 de Gener de 2023]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1841/gpc_prevencion_ictus_2009.pdf?Sequence=1&isallowed=y
14. Corporació Parc Taulí. Guia de l'ictus. [Internet]. Barcelona: 2013. [Citad el 10 de Gener de 2013]. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/subsites/serveiurgencies/documents/documentajuda/docajuda_ictus.pdf
15. Masjuan Vallejo J, et al. Prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular. Mejorar la protección en la era de la COVID-19. *Rev Esp Cardiol Supl* [Internet]. 2021;21(A):9-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1131358721000029>
16. Diener H-C, Hankey GJ. Primary and secondary prevention of ischemic stroke and cerebral hemorrhage: JACC focus seminar. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2020;75(15):1804–18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720344260>
17. Societat Espanyola de Neurologia. El atlas del ictus. [Internet]. 2019. [Citad el 14 de Gener de 2023]. Disponible en: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas_del_Ictus_de_Espana_version_web.pdf
18. Brea A, et al. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clin Investig Arterioscler* [Internet]. 2013 [citad el 14 de Gener de 2023];25(5):211–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-pdf-S0214916813001162>
19. Simal Hernández P, et al. Logros y retos en la atención del ictus en España: des de la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-

2030. Revista española de salud pública. 2021. [Internet]. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/bibliopublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas21_simal_guiuguia_hernandez.pdf
20. Julián Jimenez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4a edición, 2016. [Internet]. Disponible a: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/manual_urgencias_re2016.pdf
21. SES. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea (HSA). [Internet]. 2022. Disponible a: https://areasaludbadajoz.com/wp-content/uploads/2022/08/HSA_Guia-de-actuacion-clinica-hemorragia-subaracnoidea.v2.pdf
22. J Vivancos, et al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Elsevier: Neurología. 2014; 29(6):353-370. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485312002496>
23. Wellington P, et al. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la hemorragia subaracnoidea. [Internet]. Journal of American Health. Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/73/157>
24. Rodríguez-Yáñez M, et al. Guías de actuación clínica en la hemorragia intracerebral. Elsevier: Neurología. 2013;28(4)236-249. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485311001447>
25. Greenberg et al. Guia 2022 para el manejo de pacientes con hemorragia intracerebral espontánea:una guía del corazón americano. AHA-ASA. 2022. [Internet]. Disponible en: <https://smibamedicina.files.wordpress.com/2022/06/articulo-guia-hemorragia-cerebral.pdf>
26. Alfonso C, Reyes A , García V, Fajarado A, Torres I, et al. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ. Med. [Internet]. 2019 [citado 20 de Gener de 2023]; 60(3):1-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v60n3/0041-9095-unmed-60-03-00041.pdf>
27. Tiempos cerebro: Protocolo de manejo del ictus isquémico agudo [Internet]. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). 2017. [citado 15 de Gener de 2023]. Disponible a: <https://tiemposcerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/P-23.pdf>

28. Oyanguren Rodeño B, et al. Atención hospitalaria del paciente con ictus [Internet]. Medical & marketing communications, 2015. [citad el 16 de Gener de 2023]. Disponible en: <https://www.amn-web.com/documentos/manual-para-enfermeria-en-ictus.pdf>
29. Sociedad Valenciana de Neurología. Guía de tratamiento del ictus isquémico en fase aguda.[Internet].2018. [Citad 20 de Gener del 2023].Disponible en: <https://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2018/03/Gui%CC%81a-ictus-isquemico-agudo-2018.pdf>
30. Societat Catalana de Neurologia. Protocol de diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals. [Internet]. 2018. [Citad el 13 de Gener de 2023]. Disponible en:https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/03/Guia-Vascular-Societat-Catalana-de-Neurologia_2018.pdf
31. Zuara S.Actuación ante el código ictus.Npunto[Internet].2022[Citad 25 de Gener del 2023];5(51):43-66.Disponible en <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/62bc21b13dafaart3.pdf>
32. Grau Garcia M, et al. Actualización del código ictus en urgencias. [Internet]. 2022. [Citad el 13 de Gener de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833822002508#:~:text=El%20c%C3%b3digo%20ictus%20es%20un,y%20un%20estudio%20de%20perfusi%C3%b3n>.
33. Generalitat de Catalunya. Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries. [Internet]. 2015. [Citad el 13 de Gener de 2023]. Disponible en: <https://metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/guia-dactuacio-infermera-sem.pdf>
34. Corporació sanitària de Barcelona. Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció urgent a Barcelona ciutat. [Internet]. [Citad el 29 de Gener de 2023]. Disponible en: <http://www.socmic.cat/docs/codi/6ictus.pdf>
35. Jorquera Zuara S, eta al.Medicos P. Actuación enfermera ante el código ictus en ámbito hospitalario. [Internet]. 2020. [citad el 30 de Gener de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-enfermera-ante-el-codigo-ictus-en-ambito-hospitalario/>
36. Zuara S.Actuación ante el código ictus.Npunto[Internet].2022[Citad 25 de Gener del 2023];5(51):43-66.Disponible en <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/62bc21b13dafaart3.pdf>
37. Nespereira-Campuzano T, Vázquez-Campo M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de enfermería del servicio de urgencias hospitalarias. Enferm Clin. 2017;27(3):172-178.

38. Isbell L, et al. What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ Qual Saf.* 2020 Oct;29(10):1-2.
39. Fernández I, et al. Un estudio cualitativo sobre las vivencias y emociones de técnicos de urgencias médicas y enfermeros de urgencias extrahospitalarias. *Ebfern intensiva.* 2017;28(2):57-63.
40. Astralaga I. Emergency room nurse perception of emotional intelligence. [Internet]. 2018. [Citat el 5 de Febrer de 2023]. Disponible en: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?Article=7249&context=dissertations>
41. Borges E, et al. Fatiga por compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2019;(27).
42. Power H, et al. The positives, the challenges and the impact; an exploration of early carrer nurses experiences in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 64 (2022) 101196.
43. Carrillo-García C, et al. Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el model de demanda-control-apoyo. *Enfermería global.* 2018; 50: 304-314.
44. Qarima K, et al. Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. *British journal of nursing.* 2019; 28 1, 38-42.
45. Aguilera Peña, et al. Ictus [una emergencia del pasado con una mirada al futuro. Grupo de Trabajo Neuro SEMES.[Internet].[Citat 19 Gener 2023].Disponible en: https://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2022/10/Guia-Manejo-ICTUS-2022_SEMES.pdf
46. Berenguera A, et al. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: IDIAP J.G; 2014.

10. Annexes

Annex 1. Cronograma

ANY	2022											
	Octubre				Novembre				Desembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Sol·licitud de tema, assignació de tutor i àrea temàtica.			■									
Justificació de l'estudi						■						
Metodologia, objectius, hipòtesis								■	■	■	■	
Reunions en grup						■				■	■	
Bibliografia						■	■			■	■	■
Preparació de l'entrevista												
Realització entrevistes												
Transcripció entrevistes												
Resultats i discussió												
Conclusions												

ANY	2023																			
	Gener				Febrer				Març				Abril				Maig			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Sol·licitud de tema, assignació de tutor i àrea temàtica.																				
Justificació de l'estudi																				
Metodologia, objectius, hipòtesis																				
Reunions en grup				■				■				■				■				
Bibliografia	■	■	■	■						■	■									
Preparació de l'entrevista		■	■	■	■															
Realització entrevistes						■	■	■												
Transcripció entrevistes							■	■	■	■										
Resultats i discussió										■	■	■	■	■	■			■	■	■
Conclusions																		■	■	■

Annex 2. Algoritme Codi Ictus

MANEIG COMPLICACIONS AGUDES

- Agitació psicomotriu:** Valoreu Haloperidol 2.5-5 mg/i.v. Monitoratge ritme ECG. Compte efectes extrapiramidals. Eviteu benzodiazepines.
- Arrítmies:** Es tractaran aquelles que provoquin inestabilitat hemodinàmica, segons guies d'actuació.
- Coma (GCS<9):** Pacient inconscient, per preservar i garantir una via aèria permeable valoreu un allament de la via aèria mitjançant una intubació traqueal.
- Crisi comicial:** Administreu benzodiazepines i.v. No de forma profilàctica.
- Emergència hipertensiva:** TAS>220mmHg i/o TAD > de 120 mmHg. Labetalol o Urapidil. L'objectiu del tractament és disminuir la tensió arterial un 10% inicial. Eviteu hipotensors sublinguals. Control de l'HTA: Ambient tranquil, tracteu el dolor, hipòxia. Revalueu TA. Norms tractar per USVA medicalitzada si TAS > 220 i/o TAD >120 (eviteu reduccions >15%). Labetalol i.v. 10 mg en 1-2 min, repetiu cada 10 min fins màxim de 150 mg o bomba de perfusió continuada (100 mg/80 SF de 2-10 ml/h). En cas de contraindicació de B-bloquejants utilitzeu Urapidil. (10 mg en bolus lent i continuu amb perfusió de 4-8 mg/h en sèrum fisiològic).
- Hipotensió arterial:** Descartareu situacions que requereixen un tractament específic i tracteu-les. NO administreu sèrums hipotònics respecte al plasma (Sèrum glucosat, Ringier Lactat). Valoreu l'administració de drogues vasoactives en situació de xoc.
- Hipertensió intracranial:** Situació crítica on la sospita diagnòstica és clínica i les opcions terapèutiques són molt limitades. Si sospiteu herniació: Apliqueu els criteris de valoració inicial, A, B, C amb sedestació a 30° i Hipertònic. Valoreu individualment la necessitat d'aïllar la via aèria.
- Hiperglucèmia (>180mg/dl):** L'objectiu és reduir fins uns 180 mg/dl en fase aguda. Cal evitar hipoglucèmies iatrogèniques. S'administrarà una dosi d'insulina ràpida en bolus i.v. segons glucèmia capil·lar: <150mg/dl: 0 UI 150-250mg/dl: 4 UI 250-350mg/dl: 8 UI >350mg/dl: 12 UI
- Hipoglucèmia (<60 mg/dl):** La seva determinació és essencial en tot pacient agut o amb focalitat neurològica, es corregirà amb l'administració de glucosa endovenosa (mantenir glucèmies >70mg/dl).
- Hipertèrmia:** S'ha relacionat amb empitjorament de l'àrea d'isquèmia. Temperatura >37.5°C: paracetamol 1g i.v. Eviteu fàcil acetilsalicílic.

CODI ICTUS

Sospita d'ICTUS

Test RAPID

- Riu asimètricament
- No pot aixecar els braços o mantenir-los aixecats
- Parla amb dificultat (disàrtia)

NO

SÍ (RAPID positiu)

Test RANCOM

Estat clínic previ

- Li cal ajuda per vestir-se, moure's o anar al lavabo?

SÍ

NO (RANCOM negatiu)

TEMPS d'evolució

- Simptomes <24h evolució (inclos AIT)
- Inici incert
- Ictus del despertar

NO

SÍ

ACTIVACIÓ CODI ICTUS

Comuniqueu qualsevol puntuació escala RACE a CECOS

En cas de sospita d'ictus de territori posterior (vertebrobasilar): vertigen, diplopia i atàxia, també cal activar el CODI ICTUS.

RECORDEU:

Activeu el CODI ICTUS també en el pacient pediàtric.

La sospita d'hemoràgia subaracnoidal no és un Codi ICTUS, té un circuit específic

CODI ICTUS

Atenció d'emergència a la malaltia vascular cerebral

Alguns Grup de Treballen Ictus del SEM. Disseny Maria Filigrana

Salut/ emergències mèdiques

Generalitat de Catalunya Sistema de Salut de Catalunya

ESCALA RACE

Instruccions per aplicar l'escala RACE

Parèsi facial. Es puntua la simetria de la ganyota facial. Demaneu al pacient que somrigui o que ensenyi les dents.

Si el pacient no comprèn o no col·labora, es pot provocar una ganyota facial lent pressionant amb els dits al darrera de les orelles.

Parèsi braquial o del braç. Es puntua el temps que els manté contra gravetat sense arribar a contactar amb la superfície sobre la que està recolzat.

Demaneu al pacient que aixequi els braços i que els mantingui alçada, a 45° si està estirat o a 90° si està assegut. Si el pacient no col·labora, col·loqueu els dos braços del pacient enlaire.

Parèsi crural o de la cama. Es puntua el temps que manté les cames contra gravetat sense arribar a contactar amb la superfície sobre la que està recolzat.

Demaneu al pacient que aixequi les cames i les mantingui alçades, a 30° amb el pacient estirat, flexionant els genolls si es necessari. Si el pacient no col·labora, col·loqueu les cames del pacient enlaire.

Desviació oculo-cefàlica
Valoreu si el pacient té tendència a girar el cap i dirigir la mirada cap a un costat. La direcció de la mirada és cap al costat contrari de la debilitat del cos.

Atàxia (en pacients amb debilitat al costat dret del cos)
Demaneu al pacient que faci dues ordres (sempre s'han de fer servir les mateixes ordres): 1) Tanqui els ulls / 2) Faci un puny amb la mà. Els pacients atàxics, amb comprensió alterada, no obeeixen les ordres.

Agnòsia (en pacients amb debilitat al costat esquerre del cos)
Valoreu si el pacient té asomatognòsia i anosognòsia.

1) Col·loqueu el braç o mà afectada (esquerra) davant de la cara del pacient i pregunteu-li "de qui és aquest braç/ mà?". Els pacients amb asomatognòsia no reconeixen el seu hemicòs esquerre.

2) Pregunteu al pacient si pot moure els dos braços i aplaudir. Els pacients amb anosognòsia no són conscients del defecte, contesten que sí i intenten aplaudir.

[Enllaç a vídeo formatiu escala RACE](#)
[Enllaç a vídeo formatiu escala RACE pediàtrica](#)

HEMICÒS ESQUERRE		HEMICÒS DRET	
Parèsi facial esquerra:		Parèsi facial dreta:	
Absent	0	Absent	0
Lleugera	1	Lleugera	1
Moderada / Severa	2	Moderada / Severa	2
Parèsi del braç esquerra:		Parèsi del braç dret:	
Absent/Lleugera (<5'')	0	Absent/Lleugera (<5'')	0
Moderada (<10'')	1	Moderada (<10'')	1
Severa (no l'asseca)	2	Severa (no l'asseca)	2
Parèsi de la cama esquerra:		Parèsi de la cama dreta:	
Absent/Lleugera (<5'')	0	Absent/Lleugera (<5'')	0
Moderada (<5'')	1	Moderada (<5'')	1
Severa (no l'asseca)	2	Severa (no l'asseca)	2
Desviació oculo-cefàlica a la dreta:		Desviació oculo-cefàlica a l'esquerra:	
Absent	0	Absent	0
Present	1	Present	1
Agnòsia:		Atàxia:	
Fa bé les 2 proves	0	Obeeix 2 ordres	0
Asomatognòsia o anosognòsia (Fa bé 1 prova)	1	Obeeix 1 ordre	1
Asomatognòsia i anosognòsia (Fa malament 2 proves)	2	No obeeix cap ordre	2
TOTAL		TOTAL	

Puntuació: 5 Alta probabilitat d'oclusió arterial i ICTUS greu

TRANSMISSIÓ DE DADES A LA CENTRAL DE COORDINACIÓ

Registre SITREM

- Número CIP i Número DNI/NIF
- Hora inici símptomes (hora que va anar a dormir si és al despertar o últim cop que estava bé en cas de llevar-se al vespre)
- Presa o no d'Anticoagulants
- RAPID i RANCOM
- Escala clínica RACE (puntuació)
- Glucèmia capil·lar
- Pressió arterial
- Freqüència cardíaca
- Temperatura

ALGORITME GENÈRIC

RAPID positiu + RANCOM negatiu -

Comuniqueu qualsevol puntuació de l'escala RACE a CECOS

< 24 h d'evolució o cronologia incerta/despertar

CODI ICTUS PEDIÀTRIC

< 15 anys

AVIS CODI ICTUS

CODI ICTUS ADULT

≥ 15 anys sense límit superior d'edat

AVIS CODI ICTUS

Realitzar escala RACE

0-4 CRI més proper (CTI*, CPI* o C-TI*)

5-9 Trosada neuròleg referent

Centre de referència de TM?

Candidat a IPA?

Centre de TM més proper (CTI o CPI en horari de TM)

CRI més proper (CPI o C-TI)

AVIS CODI ICTUS

(*) CRI: Centre Referència Ictus
CPI: Centre Terciari Ictus
C-TI: Centre Terciari Ictus
TM: Tromboectomia Mecànica

(1) Candidat a IPA
• Temps estimat d'arribada a CRI < 4h des de l'inici dels símptomes.
• No anticoagulat.
• No intervencions quirúrgiques últims 15 dies.
• No antecedents d'hemorragia cerebral.

Il·lustració 1: Sistema de Salut de Catalunya . Protocol maneig del codi ictus.

54

Annex 3. Escala RACE

CÓDIGO ICTUS

ESCALA RACE

PARESIA HEMICUERPO IZQUIERDO		PARESIA HEMICUERPO DERECHO / AFASIA	
Paresia facial izquierda:		Paresia facial derecha:	
Ausente	0	Ausente	0
Ligera	1	Ligera	1
Moderada/Severa	2	Moderada/Severa	2
Paresia del brazo izquierdo:		Paresia del brazo derecho:	
Ausente/Ligera (>10seg)	0	Ausente/Ligera (>10seg)	0
Moderada (<10seg)	1	Moderada (<10seg)	1
Severa (no levanta)	2	Severa (no levanta)	2
Paresia de la pierna izquierda:		Paresia de la pierna derecha:	
Ausente/Ligera (>5seg)	0	Ausente/Ligera (>5seg)	0
Moderada (<5seg)	1	Moderada (<5seg)	1
Severa (no levanta)	2	Severa (no levanta)	2
Desviación oculo-cefálica a la derecha		Desviación oculo-cefálica a la izquierda	
Ausente	0	Ausente	0
Presente	1	Presente	1
Agnosia		Afasia	
Ausente	0	Obedece 2 órdenes	0
Asomatognosia o anosognosia	1	Obedece 1 orden	1
Asomatognosia y anosognosia	2	No obedece ninguna orden	2
TOTAL		TOTAL	

Puntuación de 0 – 9

A mayor puntuación, mayor gravedad del ictus

Pacientes con RACE ≥ 5 tienen una alta probabilidad de tener una
oclusión de un gran vaso cerebral

El SEM evaluará la escala RACE durante el traslado del paciente y transmitirá la información al centro receptor de ictus en el momento de hacer el pre-aviso

II. Il·lustració 2: Ossa N, Carrera D, Gorchs M, Querol M, Ramos A. Implementación de la Escala Race en Catalunya: RACE Scale. [Internet]. 2015. [Citado 4 Diciembre 2023]. Disponible en: <http://racescale.org/es/#:~:text=La%20escala%20RACE%20es%20una%20escala%20neuro%20l%C3%B3gica%20simple,la%20presencia%20de%20una%20oclusi%C3%B3n%20de%20gran%20vaso.>

Annex 4. Escala NIHSS

Escala NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale. Fechas/hora:

1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Somnolencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Obnubilación	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Coma	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1b. Nivel de conciencia Preguntas verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras 1.Cierre los ojos, después ábralos. 2.Cierre la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculovestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1punto.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia parcial de la mirada	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Paresia total o desviación forzada	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 puntos	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hemianopsia parcial	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Hemianopsia completa	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ceguera bilateral	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Paresia facial	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia leve (asimetría al sonreír.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Parálisis total de músc. facial inferior	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Parálisis total de músc facial superior e inferior.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5. Paresia de extremidades superiores (ES) Se explora 1º la ES no parética Debe levantar el brazo extendido a 45º (decúbito) ó a 90º (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10°.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 10° sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 10°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6. Paresia de extremidades inferiores (EI) Se explora 1º la EI no patética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30°. Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5°.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 5° sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 5°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir disimetría: 0 pt.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ataxia en una extremidad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ataxia en dos extremidades.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Sensibilidad. Si obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve o moderada hipoestesia.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Anestesia.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria: explorar por escritura.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Afasia leve o moderada.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Afasia grave, no posible entenderse.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Afasia global o en coma	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10. Disartria. Si afasia: 3 puntos	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve, se le puede entender.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Grave, ininteligible o anartria.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Intubado. No puntúa.	9	9	9	9	9	9	9	9	9
11. Extinción-Negligencia-Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inatención/extinción en una modalidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Inatención/extinción en más de una modalidad.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL										

II·Il·lustració 3: Grupo Neuro-Ictus. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias: Escala NIHSS National Institute of Health Stroke Scor. [Internet]. [Citat 4 Desembre 2023]. Disponible en <https://www.tiemposcerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/nihss.pdf>

Annex 5. Guió semiestructurat

1. Quant de temps fa que està treballant com infermer/a?
2. Quant de temps ha estat treballant en el servei d'urgències?
3. Ha atès algun cop un codi ictus? Expliqui'ns la experiència.
4. Sap quin és el protocol a seguir davant un codi ictus ?
5. En la primera experiència, recorda quin va ser el primer pensament?
6. En relació amb la pregunta anterior, com es va sentir?
7. Creus que les teves emocions van interferir en l'actuació?
8. Les seves sensacions i sentiments van evolucionar durant l'atenció al pacient o es van mantenir?
9. Al ser una malaltia temps dependent, es va sentir pressionada alhora de realitzar alguna tècnica d'infermeria, com per exemple, la canalització de la vía?
10. Ha realitzat formació per part del hospital en gestió de les emocions del servei d'urgències?
11. Ens podries dir alguna tècnica d'afrontament que facis servir de manera habitual en urgències vitals?
12. Per acabar, quin consell o recomanacions ens donaries si ens trobem en aquesta situació?

Annex 6. Consentiment Informat

Autores del treball i entrevistadores: Cristina Baquero Gall i Jessica Mayor Fernández, estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili (URV).

Actualment, estem elaborant el treball de fi de grau que està enfocat en conèixer el protocol d'actuació i el paper d'infermeria en l'activació del Codi Ictus a Catalunya. Concretament, volem esbrinar quina és l'actuació d'infermeria del servei d'urgències hospitalàries i quines sensacions presenten davant d'un pacient amb una patologia temps - dependent com és l'ictus.

D'aquesta manera, l'objectiu de l'entrevista és conèixer la percepció, els sentiments i les emocions davant l'actuació en l'activació del Codi Ictus del personal d'infermeria dels serveis d'urgències hospitalàries del Camp de Tarragona.

Tal com dicta la Llei orgànica 3/2018, del 5 de desembre, sobre la Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, nosaltres ens comprometem a no divulgar el nom de les participants, així com qualsevol informació personal que pugui identificar-les.

La informació obtinguda en l'entrevista serà confidencial i anònima, per la qual cosa serà codificat/da com Infermer/a del Servei d'Urgències Hospitalàries (ISUH).

En qualsevol moment pot interrompre l'entrevista per preguntar, retirar-se de l'estudi o bé negar-se a respondre alguna pregunta.

Títol _____ **del** _____ **projecte:** _____

Jo _____ amb
DNI _____ i treballador/a del servei d'urgències de
l'Hospital _____, accepto participar voluntàriament
en aquesta investigació. Declaro que:

-He estat informat/da dels objectius i finalitat del projecte, i se m'ha garantit el meu anonimat.

-He estat informat/da que hauré de contestar unes preguntes en una entrevista enregistrada en format àudio.

-He pogut formular les preguntes necessàries respecte a l'estudi.

-He rebut informació adequada i suficient per part de l'investigador sobre:

- Els objectius de l'estudi i els seus procediments.
- La participació que és voluntària i altruista.
- El procediment i la finalitat amb la que s'utilitzarà les dades personals i la informació obtinguda.
- La revocació en qualsevol moment del seu consentiment informat sense necessitat d'exposar motius i de sol·licitar l'eliminació de les dades personals i de la informació obtinguda.
- Em consta que m'entregarà una còpia d'aquest document i que podré demanar informació sobre els resultat de l'estudi.

Per deixar constància, signo a continuació:

Data _____ Signatura _____

Nom _____ i _____ DNI _____ de
l'investigador: _____

Signatura _____ de _____ l'investigador:

APARTAT PER LA REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT INFORMAT

El/La

senyor/senyora _____

Revoco el consentiment de participació en el procés a dalt signat.

Signatura i data de la revocació.

Annex 7. Transcripció entrevistes

Entrevista ISU 1:

Entrevistadores: Hola bon dia , primerament agrair-te la teva col·laboració en participar en aquest treball final de grau que com ja t'hem explicat tracta sobre el codi ictus més centrat en l'experiència viscuda, emocions i sentiments que presenten el personal d'infermeria en actuar davant d'aquesta malaltia en el servei d'urgències. Et deixem el consentiment informat perquè te'l llegeixis qualsevol cosa ens comentes si estàs d'acord ens hauràs d'omplir el full perquè quedi constància que formaràs part de l'estudi , de totes maneres en qualsevol moment com bé veus pots renunciar a participar en l'estudi.

ISU 1: Moltes gràcies, no costa res poder ajudar en el vostre treball i estic conforme a participar.

Entrevistadores: Quant de temps fa que està treballant com infermer?

ISU 1: Doncs .. Des del 2011 son .. 12 anys exactes.

Entrevistadores: I en concret quant de temps fa que estàs treballant en el servei d'urgències?

ISU 1: En el servei d'urgències d'aquest hospital (Joan XXIII) des de 2014 , abans havia estat a la Tecla hi havia estat 2 anys ..o sigui.. Feu vosaltres les contes...(riu)

Entrevistadores: Vale... Doncs uns 11 anys en urgències.

Entrevistadores: Ha atès algun cop un codi ictus? Expliqui'ns la experiència.

ISU 1: Sí si, em...

Entrevistadores: Explica'ns si potser i et recordes d'alguna primera vegada

ISU 1: uff ..(riu) me'n recordo una mica de la primera vegada que vaig atendre un ictus o una actuació de pacient crític , sí que recordo que els nervis eren molt diferent dels d'ara , o sigui no tens ni la tranquil·litat ni ...la seguretat que tinc ara , o sigui ara ve un codi ictus i t'ho prens d'una manera molt diferent , també cal dir que el codi d'ictus és el

codi de la Generalitat que ha evolucionat més o sigui crec que s'està treballant molt més i sobretot en aquest hospital dels que més perquè ara s'ha començat a fer trombectomia que abans es feien només a Barcelona, s'ha començat a fer tele ictus amb el Vendrell... i clar tot això ho dic perquè són cosetes que et fan estar més segur de que estàs fent les coses bé , ja ho tens tan automatitzat i en reps tants que ja ho tens com una cosa normal.

Entrevistadores: Però en relació a la primera vegada podríem dir que et va impactar?

ISU 1: Sí , la primera vegada impacta i sobretot si ho entens com la importància que et sigui ..si veus que.. Aquest pacient potser el veus bé perquè no el veus que s'està dessagnant , hipotens, no el veus això.. Però el que és important és que aquests pacients se li està morint el cervell y sense el cervell no vas enlloc és a dir com més estona passi en què no actuïs ..és un pacient que se li està morint un tros de cervell , com més tros se li mori pitjor! Perquè més seqüeles tindrà , per tant encara és més important i et fa pressurar la sensació de hem d'anar ràpid

Entrevistadores: En la primera experiència, recorda quin va ser el primer pensament?

ISU 1: uff.. Recordar.. Recordo l'estrès, recordo el moment aquellno de por potser si d' inseguretat però no de por. Ho sigui amb el pensament de ho sabré fer?, no ho sabré fer? I...de tindre una inseguretat però mai de por . És a dir he vist gent que han tingut por de quan han vingut codi d'ictus o ric vitals en general i jo no. Jo crec que era inseguretat de si podré estar a l'altura per superar això. Aquests nervis de saber com actuar.

Entrevistadores: I en aquella primera situació que vas viure estaves sol?

ISU 1: En aquell moment si abans estaves sol en l'actuació d'un codi ictus .. Abans era un infermer que ho feies tu tot sol.. Llavors el nivell d' inseguretat era molt més gran que ara .. (haver si em costarà punxar-lo. O ostres ! Ara no li trobo una via em poso més nerviós vulguis o no les tècniques si surten bé també ajuden al fet que tinguis més control de la situació si no et surten bé... Doncs llavors ja és tot.

Entrevistadores: Creus que les teves emocions van interferir en l'actuació?

ISU 1: Crec que sempre intervenen! O sigui crec que la primera vegada intervenen les emocions oi i tant!, els nervis de la primera vegada de saber si sabràs actuar o no crec que fan que estiguis més nerviós i siguis menys precís i menys efectiu .. Bueno us explico una situació més actual fa uns dies estava a pediatria i em van portar el fill d'una companya, doncs els nervis que tenia aquell dia no eren els mateixos que si era un nen desconegut clar ..això em va provocar un estrès i una sobreexcitació que això fa que t'impossibilita poder fer correctament el que tu podries fer de manera habitual i tranqui-la o sigui alguna cosa que tens tan habituada doncs aquest estrès fa que costi tot una mica més del normal.

Entrevistadores: Les seves emocions i sentiments van evolucionar durant l'atenció al pacient o es van mantenir?

ISU 1: No es mantenen, van evolucionant a mesura que veus que tens controlada la situació que ja has vist el que te ,és a dir que te un ictus que no el te pero ja veus.. Que està estable que ja l'has punxat que li has fet el TAC .. Llavors aquesta excitació i nerviosisme va baixant cada vegada estàs més tranquil, encara que sigui la primera vegada que estàs insegur si veus que el pacient es manté estable ja respire una mica.. Ara tot ajuda una cosa potencia l'altre.

Entrevistadores: Al ser una malaltia temps dependent, es va sentir pressionat alhora de realitzar alguna tècnica d'infermeria, com per exemple, la canalització de la via?

ISU 1: Sí sí sí , es una cosa que...(sospira) és el més important sobretot com deia abans si tens en compte el concepte i entens la magnitud del problema , si tens els coneixements no pots no sentir-te pressionat ni posar-te una mica nerviós i no entendre que no s'ha d'anar ràpid , sigui al final la persona inconscient que no te aquests coneixements és la que no entendrà que s'ha d'anar ràpid i la que no se sentirà pressionada , però si tens els coneixements saps que has d'actuar ràpid perquè li estàs provocant un mal al pacient o sigui saps que el cervell està morint com més aviat actüis anirà molt millor. També cal dir que jo soc el referent del codi ictus d'aquest hospital (riu) llavors remarco molt la importància del temps és una malaltia temps dependent una de les més rellevants perquè guanyem qualitat de vida pel pacient la morbimortalitat que comporta canvia totalment d'una actuació ràpida (Es a dir de no desvestir el pacient com per exemple en aquest hospital i anar directes al TAC) nosaltres em contat 12 minuts normalment estem a 18.

També dir que l'actuació i la pressió no es la mateixa quan hi havia un sol infermer en el box de crítics que ara que som dos , la veritat és que canvia molt .

Entrevistadores: Has realitzat formació per part del hospital en gestió de les emocions del servei d'urgències?

ISU 1: Sí.,(es queda pensatiu) i no.. (riu) , Sí ens van fer formació de la gestió de les emocions..emm. A través de tot això del COVID van veure que hi havia un problema emocional del personal en general sanitari i més en concret en aquest servei d'urgències. Llavors vam tindre la formació i el contacte amb la psicòloga.. Però va ser arran d'aquesta situació que la veritat que ens serveix per a tot al final el fet d'afrontar una por o afrontar en un moment o en un altre es el mateix. Però remarco que arran del COVID , es a dir no hi ha hagut mai una formació de com entendre/gestionar les teves emocions davant d'un pacient crític específicament no l'hem tingut mai.

Entrevistadora: Encara us ofereixen a dia d'avui aquesta opció ?

ISU 1: Sí des de el COVID que s'ha queda't , si tu volguessis pots parlar amb les psicòlogues i podries realitzar les consultes i visites que calguessin

Entrevistadora: I ..saps per curiositat si el professional sanitari del servei d'urgències ho utilitza?

ISU 1: mmmm... sé que és poca gent però de quan en quan hi ha gent que ho utilitza, però poca..

Entrevistadora: Més be son gent que porta molt de temps en el servei d'urgències?

ISU1: uff ..(pensatiu) doncs jo crec que no es gent que porta molt de temps més bé em sona que son edat mitjana ni molt recents ni molt de temps .

Entrevistadora: Ens podries dir alguna tècnica d'afrontament que facis servir de manera habitual en urgències vitals o potser en el teu cas que feies servir mes recent?

ISU 1: Doncs que feia servir i que faig servir (riu) .. Doncs ostres quan per exemple el més heavy es quan ens arriba un politraumatisme o una urgència de prioritat 0 que no saps mai el que et pots trobar , es lo mes desconegut...i allò desconegut es el que ens

fa més por, o sigui, quan una cosa la tens coneguda i et diuen no que t'arriba aquella patologia que més o menys sempre té la mateixa seqüència i saps cap a on anirà la cosa es diferent... Però un politraumatisme no saps com et pot arribar exactament... i... sempre hi ha més tensió en aquest moment que en altres i llavors... Jo el que faig en aquest moment per estar més tranquil com a tècnica de afrontament es preparar-m'ho tot, o sigui intentar preparar-me totes les coses possibles a mi em relaxa moltíssim, tindre tota la medicació preparada i tots els utensilis necessaris per afrontar la situació, o sigui el que em dona seguretat és tindre tot prepara't com més coses preparades tinc més seguretat perquè se que guanyaré mes temps i per altra banda altre cosa que crec que es super important coma tècnica es la comunicació dintre de l'equip de crítics és molt important nosaltres en aquest cas en el codi ictus en aquest hospital tenim tant interioritzat el protocol a seguir i les tasques de cada professional assignades que la nostra comunicació es no verbal, o sigui tothom sap el que ha de fer arriba el pacient, el zelador passa el pacient a la camilla, l'explica al infermer, acte seguit la infermera prepara per punxar per monitoritzar i tot mentre el auxiliar desvestir només part de dalt per anar cap al TAC mentre la doctora pregunta antecedents i qualitat de vida i la neuròloga s'ocupa de realitzar el NHIS, tot encara't per fer temps i fer tractament ràpid.

Entrevistadores: Llavors com be expliques també es molt important l'equip?

ISU 1: Sí, fa molt l'equip i saber que fer cadascú si les funcions estan limitades es suficient. Això es gracies de tenir un bon protocol.

Entrevistadores: Per acabar, quin consell o recomanacions ens donaries si ens trobem en aquesta situació?

ISU 1: Que estiguéssiu tranquil·les...(riu) el primer i el que segur que no fareu però no... Al final és cadascú sap quins són el seu coneixement llavors jo crec que una persona que té por es una persona que ho pot fer perquè segurament si està aquí ho pot fer, però no té la seguretat al fer-lo també cal dir que el dia d'avui en aquestes actuacions són dues persones el suport de l'altra persona t'ajuda molt... Normalment, es un "principiant" amb altre que és més expert i això aporta seguretat a la persona nova agafar els rols de que el dia que ho hagi de fer sol no hi haurà cap problema. La seguretat s'agafa anant fent .. I per sort en situacions així no estaràs sol. Però em jugaria la mà que qualsevol estudiant dels que estan ara els arriba un codi d'ictus i ho podrien fer .. Ara.. Estarien insegures? Oi tant!, però crec que ho podrien fer .

Entrevistadores: Doncs aquí s'acaba la entrevista i moltes gracies per el teu temps i per participar en el nostre estudi .

Entrevista ISU 2:

Entrevistadores: Hola bon dia , primerament agrair-te la teva col·laboració en participar en aquest treball final de grau que com ja t'hem explicat tracta sobre el codi ictus més centrat en l'experiència viscuda, emocions i sentiments que presenten el personal d'infermeria en actuar davant d'aquesta malaltia en el servei d'urgències. Et deixem el consentiment informat perquè te'l llegeixis qualsevol cosa ens comentes si estàs d'acord ens hauràs d'omplir el full perquè quedi constància que formaràs part de l'estudi , de totes maneres en qualsevol moment com bé veus pots renunciar a participar en l'estudi.

ISU 2: Gràcies, estic conforme en participar.

Entrevistadores: Quant de temps fa que està treballant com infermera?

ISU 2: Doncs .. Des del 1999. Farà 24 anys.

Entrevistadores: I en concret quant de temps fa que estàs treballant en el servei d'urgències?

ISU 2: Des del 1999 també, des que vaig acabar. I extrahospitalària des del 2000.

Entrevistadores: Ha atès algun cop un codi ictus? Expliqui'ns la experiència.

ISU 2: Si, molts (riu).

Entrevistadores: Si recordes, explica'ns les primeres experiències i pel que fa la hospitalària.

ISU 2: Si, el primer de tot la meva percepció quan és un rancom + i un race elevat és que veus la necessitat que tenen ells d'expressar-se i que no poden fer-ho, i és una impotència i angoixa com a persona, de veure que intenten al màxim poder comunicar-se amb tu i que tu no pots comunicar-te amb ells perquè no entens el que diuen. No els entens perquè són paraules incoherents, perquè intenta estimular-se a parlar i no li surten les paraules perquè hi ha una disàrtria important. Per mi és el primer moment de shock que em crispa i dius ostres, com el cervell pot fer que una persona que estava en perfectes condicions fa 1 segon i que de cop i volta no pugui expressar-se. Això els crea neguit, estrès, tenen un estrès i angoixa espectacular.

Quan comences a fer totes les preguntes del codi ictus, veus que ells no reconeixen el seu braç com a part del seu cos i això t'impacta, i crec que per ells, no sé en aquell moment pot ser ells no... no sé ben bé si els dona angoixa però per mi...a mi em crea angoixa i és un problema molt important que a vegades no ens adonem.

I com sabem que un codi ictus si no és un race ja elevadíssim, que queda ja... bueno un glasgow baix... mmm... sabem que bueno que queda aquí, no passa res, ens em d'activar ràpid perquè és un codi però no passa res en la vida de la persona, i doncs, no li donem tanta importància i jo crec que moltes vegades ens em de parar una mica i veure la importància que té perquè és molt important.

O quan tu li dius, aixeca aquesta cama, i no la pot aixecar, i insisteixes, i no la pot aixecar i jo sé, perquè ho he vist en algun codi ictus, d'esforçar-se fins i tot amb la mirada, amb els ulls, apretar a veure si així podem estimular-se i així aixecar aquella cama, i si l'aixequen no aguanten els 5 segons que l'han d'aixecar no? I jo crec que això crea angoixa, ells estan perdut i no saben el que passa i tu estàs allí, ets la cara visible del sistema sanitari.

És la meva experiència... Ja quan el glasgow baixa, quan els glasgow és important ja és diferent, perquè allí hi ha una alteració de la consciència tan greu que no assumeixen el que tenen i tampoc hi ha un feedback de comunicació, ni tan sols, la mirada i això ja no es perceben de la mateixa manera...però quan estan en un glasgow 15 és important, jo crec que per ells és brutal, jo crec que han de sentir una angoixa molt gran.

Entrevistadores: Com a infermera intentes fer alguna cosa perquè se sentin millor?

ISU 2: Mira, jo moltes vegades eh... quan intenten parlar deixo que parlin, perquè m'he adonat que amb el pas del temps... ara s'ha activat el codi ictus però en l'any que vaig acabar que no hi havia codi era ràpid... era vinga ràpid ràpid que no passa res, i llavors clar, el tallar-li la conversa que ells volen tindre i no la tens perquè és difícil però que ells volen expressar i tu tallar-li, és que li talles les emocions. I li talles moltes vegades la comunicació que et volen donar encara que no sapiguen com gestionar-la, ells volen expressar-te algo i... jo he vist i no sé si ho faig bé o no ho faig bé, és que si tu no vols crear tanta angoixa és millor preguntar lo mínim de lo mínim, perquè com menys preguntis menys han de respondre, per tant, el sentiment de poguer-se demostrar el que tenen és menor. És la meva forma, preguntem el bàsic per saber quina escala estem, i a vegades volem avançar tant que ens oblidem que crem més angoixa a la persona. I si comença a parlar no l'hem de tallar, encara que no entenguem res, saps? Perquè encara creem més angoixa, perquè pot ser que el pacient pensi que no l'entendem i que la persona que està al costat no el pot ajudar. Crec que, d'aquesta manera, no donem

confiança suficient i que pensarà que no està en bones mans. A vegades preguntar molt molt...mmm... no cal a vegades, una mirada és suficient. No fa falta parlar molt a vegades, la comunicació no verbal és suficient a vegades en algunes situacions.

Entrevistadores: Creus, però, que l'angoixa que senten i que també et transmeten, t'afecta alhora de realitzar les tècniques d'infermeria?

ISU 2: No, jo crec que no, crec que és un malalt que... et plantejes el que hi ha però no crec que afecti en la manera de treballar, al contrari, saps que el hi ha i per sort tenim bibliografia, el codi ictus, cursos, i gràcies això crec que em evolucionat tant que crec que ens ha de quedar al cap que quan entra un codi ictus és fer el que em de fer per evitar que les seqüeles vagin a més, perquè aquesta persona quan més ràpid vagi a la taula o se li faci el rta o tromboembolisme, o el que requereixi en aquell moment, li estem donant una millora aquesta persona, perquè serà menys temps hospitalitzats, menys temps de fisioteràpia...

Jo crec que no ens té d'afectar, el contrari, crec eh, que s'ha de prioritzar la immediatesa, i saps que l'evolució serà més ràpida a llarg plaç.

Entrevistadores: Vale, en la primera experiència recordes quin va ser el primer pensament en tractar un codi ictus?

ISU 2: Doncs...fa molts anys, però si que és veritat que quan hi ha una persona que té un codi ictus tota la gent del voltant i la gent, és com, semblava que s'havia mort no? Semblava que la seva vida tenia un final imminent no?.

I t'adones que és tot el contrari no? És la rapidesa de... de l'evolució teva, del tractament, i potser podria ser aquest no? Penses que sense experiència el pensament podria ser aquest perquè engloba el sistema neurològic, la persona queda inconscient, o a vegades hi ha convulsions, cianosis, rigidesa... és una situació que pel familiar o la persona sense experiència penses que es mort no?

Penso jo que seria aquesta... (riu).

Entrevistadores: Aquesta pregunta va molt relacionada, creus que les emocions interfereixen en l'actuació?

ISU 2: Les emocions totes interfereixen i la situació de estat d'ànim de cada professional. Tu pots tindre la mateixa experiència avui i demà, el mateix cas, i treballar diferent, perquè primer és el pacient i la patologia del pacient, i en aquell moment, com ve al

pacient al servei d'urgències. Però, després hi ha una part que és el professional, coneixement del professional, etc, etc, que estem tots molt preparat però que juga un paper molt important en aquell moment l'estat d'ànim del professional, les emocions que recaiguin en la patologia que està entrant. Perquè no és el mateix que hagi tingut aquesta vivència amb un familiar teu, a que no l'hagi viscut mai, mmm... és un parer molt important.

També és important que no tinguis molt coneixement , perquè no li donaràs tanta importància, a quan tinguis més coneixement perquè dones tantes voltes que qualsevol cosa veus que es pot complicar en qualsevol moment, i a vegades això pot jugar males passades.

l'estat d'ànim d'aquell moment, situacions familiars sense voler tenim en la nostra motxilla de cada dia, i això ens pot condicionar moltíssim i ja no dic un dia, perquè d'un dia a un altre canvia molt la forma de treballar... intentem no fer-h però no som robots, som persones... som sanitaris i som persones, i cada dia portem una motxilla, i cada dia la motxilla pot estar més o menys carregada i jo crec que això, ens canvia molt... el mateix malalt, diferents moments... no té res a veure. I després, la carrega familiar que jo tingui al darrera, i la societat està canviant molt, és molt més demandant i exigent, i sense voler, treballem més com... no sé explicar-me... ens protegim tant, que a vegades no som tan empàtics com fèiem abans... tenim por... i fem cuirasses, jo soc la primera.

Entrevistadores: Creus que aquestes emocions i sentiments evolucionen mentre atents al pacient o no?

ISU 2: Jo crec que evolucionen, si som humans, tindrien que evolucionar. Perquè no és el mateix un malalt que ve i no coneixes de res, que comences a tractar-lo, sigui l'evolució que sigui, quan portes més temps, li dones la mà, li poses la via, hi parles, ja estàs empatitzant amb el malalt, i no és el mateix a algú que no coneixes de res que amb un malalt que portes 10 hores. No t'ho pots emportar a casa, però el següent dia preguntes com està el meu malalt, que diem meu, però no hauríem de fer-ho, perquè el "meu" és que ens posem motxilla al darrera i no ho hauríem de fer, però és que és difícil. Nosaltres com a infermeres, crec que és la professió més humana que hi ha i la que menys està protegida a nivell social i psicosocialment, però bueno...

Jo crec que cada moment amb el malalt és diferent i que com més temps estiguem amb ell, tant amb lo bo com lo dolent, perquè si és un malalt demandant i exigent... a la mitja hora vols que marxi ja, i condiciona la teva actitud. Perquè si tu has entrat, et presentes i comencen a tirar-te pedres i ogres com dic jo (riu), al cap d'una hora o dues hores, que

et truquen al timbre i et parlen malament, tu ja no entraràs, entraràs educadament sempre però no amb la mateixa empatia que al principi, crec eh.

Clar, jo crec que condiciona per lo bé i per lo malament, crec eh, almenys jo soc així (riu).

Entrevistadores: Al ser l'ictus una malaltia temps dependent, t'has sentit pressionada alhora de realitzar alguna tècnica d'infermeria?

ISU 2: Pressionada no, però tots em de tindre cura de que em d'actuar ràpid. Jo pressionada no m'he sentit mai, no. Al ser un malaltia temps dependent, l'únic que es de veure és que... a mi el que em dona neguit és l'equip, vull dir, que si l'equip no respon igual que tu. Que tots estiguem coordinats, tenim la rea, i el que no pot ser és que entri un codi ictus i que entrin 80 persones al box, perquè entre nosaltres ens tapem i ens fem mal. És igual qui faci que, però és temps dependent, i això em dona coratge, ràbia i inclús ira, perquè per culpa de mala organització podem perdre 3 minuts amb el malalt sense necessitat. Però pressionada jo crec que no, em dona ràbia la descoordinació que pot haver en algun moment i fa que s'alenteixi tot, el malalt no té culpa, la culpa és nostra. El que està en les nostres mans és actuar el més ràpid possible, jo crec que pressionades no ho em d'estar mai, i si algun dia et sents pressionada, és millor donar un pas enrere i que entri una altre companya perquè lo bo que tenim és que en el servei d'urgències si no està un està l'altre.

Entrevistadores: Has realitzat formació per part del hospital en gestió de les emocions del servei d'urgències?

ISU 2: Si, poca. Em sembla que abans del covid va ser de les primeres formacions que vam fer, però va ser un curs curt, i després en vam fer un altre relacionat amb com ens sentim i de com portar un malalt agressiu i de mica en mica, es va introduir tot el tema de la gestió de emocions, i va ser just abans del covid.

Penso que hauria de ser obligatori, cada any, o cada dos anys... els sanitaris ens formem moltíssim, dediquem molt de temps en treballar i formar-nos, però si mirem currículum, parlant de mi, sempre està bolcat en el mateix en cursos d'urgències perquè jo treballa a urgències, però no hi ha res de psicologia, no hi ha res de com contrarestar emocions, ni de com poder-les treballar. El covid ha tret moltes coses que els sanitaris portem des de fa molts molts molts anys i que no s'havien treballat, i s'han adonat de que hi ha un problema greu i que sortiran coses molt més greus jo crec. Ara les

empreses comencen a treballar-ho una mica, però penso que s'hauria de treballar molt més.

Entrevistadora: Ens podries dir alguna tècnica d'afrontament que facis servir de manera habitual en urgències vitals?

ISU 2: Mmmm... (sospira)...(riu). Pues mira, jo, el que us puc dir, quan estic en un problema molt molt greu, no penso amb què estic, és a dir, em concentro completament amb simptomatologia, praxis com a infermera, que he de fer per intentar que no vagi a més i no penso en cap moment el que tinc en les mans, perquè si no en risc de vital et desbordaries.

Penso en el que hi ha, primer via aèria, respiració, circulació... no penso ostres tinc un nen petit de 4 anys, ostres.... Em bloquejo.

Jo el que faig és pensar en els passos quan tinc la A, passo a la B, i el que he d'anar fer, el que necessita cada lletra. S'ha de tindre molt clar el que tens de fer, i si en algun moment dubtes, no passa res perquè som tots humans i tots dubtem, no passa res i per això estàs en un hospital sempre hi ha algú que et pot donar un cop de mà, i mai pensar en el que estàs...mai mai mai, i no cridar mai. Perquè si cridem podem posar nerviós el facultatiu, i si crida ell et posa nerviós a tu, en una situació crítica en un hospital tens la part positiva i la part negativa. La part positiva és que estàs acompanyada i això és super bo, perquè si et col·lapses o no saps alguna cosa o necessites recolzament sempre tens una altre persona professional allà i això disminueix la inseguretat, però tens una part negativa molt important, i és que hi ha molta gent, i aleshores molta gent vol dir que quan s'atabalen un parla , l'altre donar ordres, i és un caos que dius a veure que hi ha el malalt aquí.

S'ha de tindre molt clar, tenir la sang freda i dir, vale, tinc això anem a centrar-nos, anem per parts, la via aèria que és lo més important, puc passar a la B, pues passo. No passaré a una B si no tinc la A oberta.

Quan acabi tot, s'ha de fer un briefing, perquè després hi ha coses que et pots quedar pensant...ho he fet bé? He fet tot el que he pogut?. Si surt bé és una pregunta que no et fas mai, però si surt malament és el primer que fas... et preguntes ho he fet tot? Ostres em va quedar pendent això? O ostres no vaig fixar-ho bé i vaig perdre la via... m'estic inventant xorrades eh d'exemple.

Però s'ha de fer un briefing perquè en el briefing surt tot, tot els sentiments, com et vas sentir i surt tot, i vomites allà tot, perquè sinó t'ho portes a casa, t'ho portaràs a casa igual, però t'ho portaries sense explicar-ho, sense dir les teves emocions...

El 1r, el 2n el 3r t'ho portes a casa, els altres cada cop més menys ja menys, perquè aprèn això, sabem que és una persona però em concentro en el que té malament per anar avançant i intentar mantenir la vida no? O dins de les mesures que es pugui comfortable, si s'ha de marxar, marxarà, però que sigui comfortable, que no pateixi. Sempre que la família ho permeti clar.

Entrevistadores: Per acabar, quin consell o recomanacions ens donaries si ens trobem en aquesta situació?

ISU 2: Un consell que us dic és que si se'n va algú que creieu que no toca, acomiadeu-vos... ja sé que és molt dur (riu), però si us heu de d'acomiar d'ell. Us heu de despedir d'ell perquè vosaltres us sentireu alleugerides, heu fet tot el que he pogut tu no vols quedar-te aquí i vols marxar, adeu vola... el que sigui, però no us quedeu amb aquesta cosa, és un consell.

Llavors que passa, et quedes tranquil·la, jo ho he fet i hi ha un 50% que és la meva praxis, i jo he fet tot el que he pogut, si no ha pogut ser, per patologia, per edat, pel que sigui, jo lo meu ho he fet bé i t'has de quedar tranquil·la, i si he fallat no passa res perquè de seguida he avisat a algú que m'ha ajudat i ho ha fet ella i no passa res.

No ens podem portar aquesta motxilla a casa, perquè ens tornàriem bojós, i encara així ens costa d'assumir-ho...

I el que sempre dic a tota infermera nova, perquè jo sé que voleu treballar molt, però heu de tindre vàlvules d'escape, però no treballeu sempre, heu de tindre la vostra vàlvula d'escape, caminar per la platja, pintar, llegir un llibre, però heu de tindre la vostra vàlvula d'escape, sempre s'ha de tindre un escape.

Entrevistadores: Doncs aquí s'acaba la entrevista i moltes gràcies per el teu temps i per participar en el nostre estudi.

Entrevista ISU 3

Entrevistadores: Hola, bona tarda , primerament agrair-te la teva col·laboració en participar en aquest treball final de grau que com ja t'hem explicat tracta sobre el codi ictus més centrat en l'experiència viscuda, emocions i sentiments que presenten el personal d'infermeria en actuar davant d'aquesta malaltia en el servei d'urgències. En aquest cas al ser videotrucada ja t'hem fet arribar el consentiment informat perquè te'l llegeixis qualsevol cosa ens comentes, si estàs d'acord ens hauries d'omplir el full i reenviar-nos-el perquè quedi constància que formaràs part de l'estudi, de totes maneres en qualsevol moment hi ha un apartat que indica que pots renunciar a participar en l'estudi.

ISU 3: Moltes gracies, estic disposada a poder ajudar i participar en aquest treball.

Entrevistadores: Quant de temps fa que està treballant com infermera?

ISU 3: Bueno, jo porto treballant a l'Hospital de Reus al servei d'urgències uns.. 19 anys.

Entrevistadores: d'acord i fora del servei d'urgències?

ISU 3: Bueno bàsicament al cap de Cambrils des de fa ... 14 anys al servei d'urgències també, no es primària, tot és urgències.

Entrevistadores: Ha atès algun cop un codi ictus? Expliqui'ns la experiència.

ISU 3: Unes quantes vegades(riu).

Entrevistadores: Ens podries explicar alguna experiència de quan vas ser una mica més novell?

ISU 3: Bueno .. Hem de pensar que el codi ictus es relativament jove que deu tindre uns 10 anys aproximadament?

Entrevistadores: Doncs.. Una mica més 17 anys des de el 2006.

ISU 3: (riu) Doncs pensava que menys, el temps passa de pressa Pel cas és que nosaltres abans tot pacient que venia amb una focalitat neurològica.. En el nostre servei se l'atenia , no es feien derivacions a altres hospitals normalment es quedaven a l'hospital. Des de fa uns anys s'ha iniciat el codi d'ictus que... Bueno... A escala d'urgències ens van donant formació d'una mica així... En l'aire! I més o menys doncs ens anem trobant amb pacients que veiem que tenen una mena de focalitat neurològica quan abans els passàvem com una urgència perquè el valorem el metge i fer un TAC o el que creies necessari , doncs ara el que hem de tindre clar és que hem d'avisar de manera ràpida , per poder veure si pot entrar dins dels criteris per l'activació de codi ictus, aquesta es la diferencia que volia explicar entre abans i ara mateix.

Entrevistadores: D'acord.. I amb relació als codis ictus que atenes de fa 10 anys com et senties o com t'has sentit atenent- los?

ISU 3: mmm... bueno clar ara ha canviat molt la cosa perquè abans el tema ictus era una cosa molt clara.. És a dir, el pacient que atenes amb un codi ictus era un pacient amb una focalitat neurològica claríssima .. Amb una hemiparèsia , amb una disàrtria .. Tots els signes molt característics .. En aquests últims anys ara atenem pacients potser amb símptomes de manera molt inespecífica es a dir ..un pacient amb una hemiparèsia amb un vertigen que últimament és d'un alt percentatge de pacients .. Clar és sorprenent ..

Et sents millor ara mateix perquè no tens tanta por... Intentes minimitzar més comorbilitats al final perquè englobes més patologies i més signes i símptomes que no inicialment però bé.. Amb l'experiència pot ser no sents tanta inseguretat... I quan veus algo que no coincideix o no et quadra llavors ràpidament ho consultes per veure si pots evitar que això vagi a més, i el fet de poder-ho consultar et dóna més seguretat perquè no estàs mai sol a l servei d'urgències...

Entrevistadores : Vale.. Perfecte i creus que les teves emocions poden interferir en l'actuació ja que és una malaltia d'urgència vital i que és temps-depenent?

ISU 3: A nivell emocional del personal sanitari vols dir?

Entrevistadores ; Sí.

ISU 3: Jo crec que no, perquè la part bona és que ..tot personal que esta urgències al final acabant aprenent, és a dir el triatge el fa el personal de infermeria un expert, és a

dir una persona que acaba d'entrar no farà triatge... Llavors són 2 anys per poder anar a fer triatge... Llavors amb això vull dir que aquest infermer ha de seguir el seu instint és a dir que com deia abans que si alguna cosa no quadra ho ha de preguntar, no ens hem de quedar pensant molta estona... Perquè estem treballant amb persones... i no es una màquina llavors sempre has de valorar amb algú i això et transmet tranquil·litat, la part bona ara del codi ictus és que cada vegada més s'està ampliant més el rang d'actuació és a dir abans només les primeres 4 hores, la hora d'or, l'ictus del despertar... ara ens deixen consultar des de triatge, llavors això també és un punt a favor a nivell personal perquè intentes que entrin el màxim de persones possibles.

Entrevistadores: I quina és l'actuació que feu a Sant Joan quan arriba la persona amb ictus?

ISU 3: Doncs quan arriba una persona amb ictus normalment la gent... Esta informada, els que arriben ja venen espantats i ja venen amb una idea... Estem amb una època que aquesta informació ja esta bastant conscienciada. .. Llavors t'arriba la persona ja directament dient que te un ictus... Administrativa ens avisa .. I quan arriba a triatge fas una mini valoració neurològica... Perquè no tenim estandarditzat una valoració mes global, també fas una exploració física , consulta de antecedents personals , fas una valoració i mesura de constants i segons el que ens explica decideixes avisar al metge de guàrdia per activar codi ictus o no. Però per 95% de les vegades consultes encara que pensis que no s'activarà per major tranquil·litat mental millor consultar.

Entrevistadores: I quan es una persona jove ets sents amb mes por, mes pressió mes nerviosisme per actuar ràpidament?

ISU 3: En gent jove no ens trobem molts casos però si que em crea una mica d'angoixa, però en aquests casos el que ens trobem és que es pot confondre la simptomatologia amb inicis d'esclerosi, clar, normalment la majoria de pacients que et diuen o que et venen amb una afectació neurològica a gent jove és pèrdua de sensibilitat , hemiparèsies no et venen amb una focalitat neurològica clara .. Últimament és molt subjectiu ..

Si és gent jove és ràpid quan vegis qualsevol inici és passa ràpid i el valoren i decideixen i ràpid ..amb gent gran es quan el problema es complica una mica més perquè tenen moltes patologies i antecedents previs .. Però una persona jove en menys de 10 minuts és ràpid... L'actuació sempre intento fer-la ràpida però si que fa por quan et trobes amb que el pacient és jove, t'angoixa una mica no?

Entrevistadores: Les seves sensacions i sentiments van evolucionar durant l'atenció al pacient o es van mantenir?

ISU 3: Si que evolucionen... a l'inici estàs nerviós i a mesura que avances i realitzes les tècniques d'infermeria, ja s'ha fet el TC i veus que les proves es van fent aquesta angoixa i nerviosisme disminueix. Són pacient que si tot va bé estan poca estona amb nosaltres...

En els pacients en els que no s'activa el codi ictus, estàs més estona en contacte amb ells...

Entrevistadores: I creus que en el cas que no entren dins del codi ictus però que el tens allà valorant quin tipus d'ictus tu creus que els sentiments evolucionen des de que entren per la porta fins que marxen?

ISU 3: Això et passarà amb qualsevol pacient(Riu) en qualsevol que estiguis i passis més de 30 - 1 hora normalment canvia la relació com quan coneixes una persona... Tu coneixes una persona i ja tens una sensació d'entrada i amb aquesta hora o dues hores que puguis passar amb aquell pacient van canviant els sentiments o les emocions i haurà gent que tinguis mes complicitat mes o menys i també el nostre estat d'ànim en aquell dia .. És així som humans ens relacionem igual per molta professionalitat... Tu estàs allà..., tampoc és el mateix atendre una persona en els primers dos anys que quan portes 20... i depèn del servei també, nosaltres el contacte que tenim amb els pacients a urgències per norma general es de un torn... Si dura més enllà alguna cosa va malament. Hi ha pacients que els coneixes perquè van repetint...

Entrevistadores: Ha realitzat formació per part del hospital en gestió de les emocions del servei d'urgències?

ISU 3: l'hospital ens dona accés a cursos sobre gestió emocional, mindfulness, i si tu vols pots accedir i assistir aquests cursos

Entrevistadores: I això és abans del COVID?

ISU 3: Ara després del covid es alguna cosa general a nivell emocional i abans eren més cursos mèdics...

Entrevistadores: Consideres important realitzar aquests cursos?

ISU 3: jo considero que això hauria d'anar amb relació al servei on treballes , no potser el mateix per tots els serveis, per tant, els sanitaris que comencen la seva formació s'hauria de formar segons el servei on estiguis no crec que sigui imprescindible formar-se en gestió de les emocions.

Entrevistadores: ja casi per acabar ens podries dir alguna tècnica d'afrontament que facis servir quan estàs atenent alguna urgència vital?

ISU 3: Mantenir la calma , els pacients el que busquen en tu és que estiguis calma't. A urgències sempre diem una cosa no s'ha de córrer, ni cridar , mai sigui el que sigui perquè els pacients estan vulnerables , el que volen es cura ,i algú que els ajudi , llavors no pot haver nerviosisme , tu pots estar tremolant o per dins ... jo recordo que al canalitzar una via deia mira cap a l'altre costat perquè no es maregi perquè no em vegin tremolant .. Doncs intentant controlar la calma , donar seguretat i el que no saps preguntar perquè el servei de urgències hi ha molta gent , respirar i intentar controlar les teves emocions . Veus que amb el temps en una urgència vital l'únic que pots fer és millorar si es pot . Si fas el millor que saps ja esta! No som superherois. Avui estan ells i demà pots estar tu.

Entrevistadores: Per acabar consell i recomanacions que ens donaries ? Si ens trobéssim en una situació de codi ictus?

ISU 3: En codi ictus respirar! Tranquil·la no es una urgència en qüestió de 3 segons .. Pot haver un desencadenament fatal i si realment és així en 3 segons tu no pots fer res, llavors com a consell es acompanyament al pacient donar seguretat i tranquil·litat. En codi ictus volen veure al professional tranquil i anar fent una tasca darrere l'altre.

Entrevistadores: Doncs aquí finalitzem i moltes gracies per el teu temps.