

Borja Cañabate Corral

Marc Mora Serra

**Vivencias y recuerdos de las enfermeras tras una
reanimación cardiopulmonar**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Sr. Pablo Espín Aguadé

ENFERMERÍA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA, 2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a nuestro tutor Pablo Espín Aguadé el apoyo, confianza y asesoramiento recibido durante los meses de elaboración de nuestro trabajo. Gracias por permitirnos disfrutar y aprender contigo.

En segundo lugar, agradecer a las enfermeras entrevistadas la colaboración, tiempo y confianza depositada, además explicarnos sus vivencias de la manera más fidedigna posible. Gracias por ofrecernos la oportunidad de conocer el papel de enfermería y aconsejarnos como futuros profesionales.

Finalmente, dar las gracias a nuestras familias, por su apoyo incondicional y enorme paciencia, no sólo durante la realización de este trabajo, sino desde que empezamos nuestro camino como futuros enfermeros.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- AESP:** Actividad eléctrica sin pulso
- AHA:** American Heart Association
- ANZCOR:** The Australian and New Zeland Committee On Resuscitation
- CCR:** Consell Català de Ressucitació
- CPA:** Cardiorespiratory arrest
- CPR:** Cardiopulmonary resuscitation
- DEA:** Desfibrilador externo automatizado
- DM:** Diabetes Mellitus
- ERC:** The European Resuscitation Council
- FV:** Fibrilación ventricular
- IAHF:** The American Heart Foundation
- IAM:** Infarto agudo de miocardio
- ILCOR:** Comité de Coordinación Internacional sobre la Resucitación
- IO:** Intraóseo
- IV:** Intravenoso
- OVACE:** Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
- PCR:** Parada cardiorrespiratoria
- PCREH:** paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias
- PCR IH:** paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias
- RCA:** The Resuscitation Council of Asia
- RCE:** Recuperación de la circulación espontanea
- RCP:** Reanimación cardiopulmonar
- RCSA:** The Resuscitation Council of Southern Africa
- SV:** Soporte Vital
- SVA:** Soporte Vital Avanzado
- SVB:** Soporte Vital Básico
- TEP:** Trastorno por estrés postraumático
- TVSP:** Taquicardia ventricular sin pulso
- UCI:** Unidad de cuidados intensivos
- VOS:** Ver, oír y sentir

ÍNDICE

1. Resumen	5
1.1 Abstract.....	6
2. Introducción	7
2.1 Justificación	8
3. Hipótesis/pregunta de investigación y objetivos	9
3.1 Hipótesis	9
3.2 Objetivo general	9
3.2.1 Objetivos específicos	9
4. Marco teórico	10
4.1 La parada cardiorrespiratoria	10
4.2 Reanimación cardiopulmonar (RCP)	11
4.2.1 Soporte Vital Básico	13
4.2.2 Soporte Vital Avanzado	14
4.2.3 Recomendaciones para la prevención en la PCR en el adulto	14
4.2.4 Algoritmo de tratamiento de SVA	15
4.2.5 Niveles de energía recomendados en SVA	20
4.3 El estrés y las emociones.....	20
4.4 Antecedentes.....	21
4.5 Debriefing	22
5. Metodología	23
5.1 Tipo de estudio	24
5.2 Participantes. Unidad de observación	24
5.3 Técnica de recogida de datos	25
5.4 Categorización y análisis.....	25
5.5 Aspectos éticos	25
6. Resultados y discusión	26
7. Conclusiones	42
8. Limitaciones y futuras líneas de investigación	45
9. Referencias bibliográficas	46
10. Anexos	52
Anexo I - Cronograma	52
Anexo II - Algoritmo de resucitación en el hospital.....	52
Anexo III - Algoritmo de Soporte Vital Avanzado.....	53
Anexo IV- Formato de entrevista semiestructurada	54
Anexo V- Convenciones de transcripción de Jefferson.....	55
Anexo VI - Formato consentimiento informado.	57
Anexo VII – Transcripción de las entrevistas.....	59

1. Resumen

Introducción: La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica que representa una de las mayores emergencias que nos podemos encontrar en el ámbito hospitalario. Las enfermeras tienen un papel protagonista y el no saber gestionar las experiencias vividas, puede generar estrés y una multitud de emociones en ocasiones difíciles de asimilar.

Objetivo: Conocer las vivencias y recuerdos de las enfermeras después de la realización de la RCP.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico en el que se incluyó una muestra de estudio compuesta por tres enfermeras de diferentes servicios y hospitales de Tarragona. Previamente se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos para recabar información existente sobre el estudio a realizar. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada cuya recogida de datos se realizó mediante grabación de voz.

Conclusiones: Los sentimientos surgidos ante las primeras vivencias tras la realización de una RCP son el nerviosismo, el desánimo, la tristeza, la frustración, el estrés, la impotencia y la decepción. Cuando participan en RCP fallidas manifiestan sentimientos y recuerdos de tristeza, culpabilidad y rabia. Las enfermeras sienten cierta alegría en RCP exitosas, aunque también se plantean cómo será la calidad de vida que le quede al paciente. Para hacer frente a las situaciones más impactantes, hacen uso del debriefing, así como del apoyo entre iguales. Los recuerdos que quedan de RCP pasadas, en cierta medida, marcan las intervenciones futuras.

Palabras clave: reanimación cardiopulmonar (RCP), parada cardiorrespiratoria (PCR), sensaciones enfermeras, emociones en parada cardiorrespiratoria, protocolo actuación.

1.1 Abstract

Introduction: Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is a technique that represents one of the biggest emergencies that we can find in the hospital environment. Nurses have a leading role, and not knowing how to manage the experiences lived can generate stress and a multitude of emotions that are sometimes difficult to assimilate.

Objective: To know the experiences and memories of nurses after performing CPR.

Methodology: Qualitative study with a phenomenological approach that included a study sample made up of three nurses from different services and hospitals in Tarragona. Previously, a bibliographic search was carried out in the main databases to gather existing information on the study to be carried out. The instrument used was the semi-structured interview whose data collection was carried out through voice recording.

Conclusions: The feelings arisen from the first experiences after performing CPR are nervousness, discouragement, sadness, frustration, stress, impotence, and disappointment. When they participate in failed CPR they manifest feelings and memories of sadness, guilt and anger. Nurses feel a certain joy in successful CPR, although they also wonder what the patient's remaining quality of life will be like. To deal with the most shocking situations, they make use of debriefing, as well as peer support. The memories that remain of past CPR, to a certain extent, mark future interventions.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation (CPR), cardiorespiratory arrest (CPA), nursing sensations, emotions in cardiorespiratory arrest, action protocol.

2. Introducció

Ante una situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) se debe actuar con celeridad y determinación ya que representa una de las mayores emergencias que nos podemos encontrar en la práctica clínica. En estos casos, lo indicado es iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) lo antes posible (1).

El principal propósito de dichas maniobras es restaurar las funciones cardiopulmonares mediante compresiones torácicas de calidad (hace que la sangre fluya hacia los tejidos y órganos vitales) y ventilaciones de soporte (aportan oxígeno a los pulmones) (2).

La incidencia anual de parada cardíaca extrahospitalaria en Europa está entre 67 y 170 por cien mil habitantes. El personal del servicio de urgencias médicas inicia o continúa la reanimación en aproximadamente el 50-60% de los casos (entre 19 y 97 por 100 000 habitantes). Cada año las paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias (PCR IH) tienen una incidencia entre 1,5 y 2,8 por cada mil pacientes. Respecto a la tasa de supervivencia pasados 30 días del alta hospitalaria, oscila entre 15-34% (2,3,4).

En los centros hospitalarios, por proximidad al paciente, suelen ser las enfermeras las primeras en actuar ante una PCR haciéndose cargo de la gestión de la reanimación, a la espera de que llegue el equipo de soporte vital avanzado (SVA) (5). El rigor, profesionalidad y competencia de las enfermeras para iniciar la RCP, es determinante y contribuye en gran medida a la supervivencia de la persona que presenta una PCR. Se ha estimado que entre un 40-84% de los intentos de RCP dentro de las UCI tienen como resultado la muerte inmediata o inminente del paciente alrededor del primer día (6).

Aunque la RCP es una acción recomendada, la tasa de supervivencia de los pacientes en PCR después de la maniobra, sigue siendo bastante baja; 15,7 % en el servicio de emergencias (7) y 22,3 % en la UCI (8). En general, la tasa de éxito de la RCP varía del 6,5 % al 24% dependiendo entre otros muchos factores, a si es o no presenciado (9). Por lo tanto, un índice de fracaso tan elevado puede tener consecuencias psicológicas y emocionales en los profesionales que participan en la RCP.

Es posible que el personal de enfermería después de realizar diversas RCP, tenga que lidiar con unos niveles de estrés elevados y una multitud de emociones que, en ocasiones, son difíciles de asimilar y procesar al no obtener el resultado esperado. A muchas enfermeras, les resulta complicado pasar por un suceso de semejante magnitud, donde el tiempo juega en contra y que además se considera de vital importancia para la supervivencia del paciente. Por ello, es más que probable que antes, durante y después de la intervención, afloren emociones, dudas o miedos y no se sepa de cómo procesar lo sucedido.

La realización de una RCP con el consecuente fallecimiento del paciente, produce emociones y sentimientos de complicada gestión que, potencialmente, se pueden convertir en una fuente inminente de estrés emocional para las enfermeras. Experimentar reanimaciones fallidas puede llevar a las enfermeras a frustraciones, ira, sentimientos de culpa, desesperanza, sentimientos poco profesionales y a provocar un impacto psicológico en forma de estrés (10).

2.1 Justificación

Nuestro interés personal por la temática escogida viene marcado por la vital importancia que tiene la realización de una RCP, tras una PCR, en la cual el personal de enfermería tiene un papel protagonista. Dicha actuación finalizará con la resucitación o el fallecimiento del paciente, siendo la defunción un resultado no deseado, que puede ir aumentando las vivencias y recuerdos negativos del momento, a la vez que podría generar pensamientos, sensaciones de malestar y frustración en las enfermeras, marcando así, futuras intervenciones similares.

Entendemos que la formación, la experiencia y las vivencias personales anteriores pueden jugar un papel fundamental durante la ejecución del evento. El resultado final puede suponer una alta carga emocional que, en momentos puntuales, puede resultar difícil de gestionar.

Después de la búsqueda y lectura de bibliografía relacionada con el tema, consideramos de interés para el desarrollo de la profesión enfermera, el seguir recabando información sobre las vivencias de las enfermeras tras la realización de la RCP, con el fin de poder conocer mejor las emociones, sensaciones y pensamientos que tienen, para evaluarlos y detectar posibles puntos de mejora que favorezcan su actuación.

Además, algunas lecturas argumentan que el ser conscientes de haber realizado con un total rigor técnico las maniobras, es un factor que realza al equipo sanitario a pesar

de que el resultado final no sea el deseado. El hecho de convivir en contacto con el sufrimiento ajeno es un elemento generador de estrés emocional con implicaciones directas sobre la vida profesional y personal (11).

Otras fuentes hacen hincapié en conceptos como que alargar o prolongar la vida es un hecho de satisfacción y optimismo en el a veces 'desagradecido' mundo de la reanimación cardiopulmonar, donde existen "minutos de oro" y donde se proporciona a la familia y allegados felicidad, ilusión y esperanza, aunque el final no sea el esperado provocando, por ejemplo, una muerte cerebral y el sufrimiento de por vida ocasionado (12).

Debido a que las enfermeras de los servicios de emergencias tienen exposiciones frecuentes y acumulativas frente a reanimaciones cardiopulmonares fallidas, de manera habitual, cabe la posibilidad que pueda producirse algún tipo de shock emocional como consecuencia de una situación estresante.

El presente estudio tiene la finalidad de comprender los aspectos fundamentales en torno a las experiencias de las enfermeras durante y después de realizar una RCP, además de poder identificar los factores estresantes que se encuentran relacionados a dicha reanimación, y cómo estos afectan al personal de enfermería.

3. Hipótesis/pregunta de investigación y objetivos

3.1 Hipótesis

Las enfermeras que participan en RCP relatarán sentimientos de ansiedad, tristeza, arrepentimiento, ira e impotencia. Para evitar que las enfermeras padezcan condiciones estresantes, este estudio tiene como objetivo comprender la relación entre los mecanismos de afrontamiento de las enfermeras y los niveles de estrés después de una RCP.

3.2 Objetivo general

- Conocer desde una perspectiva fenomenológica, las vivencias y recuerdos de las enfermeras después de la realización de la RCP.

3.2.1 Objetivos específicos

- Comparar entrevistas con la finalidad de buscar coincidencias en las experiencias vividas.

- Comprender los efectos negativos en las enfermeras después de la realización de RCP.
- Identificar posibles factores estresantes relacionados con la RCP en las enfermeras y en qué medida se ven afectadas.

4. Marco teórico

4.1 La parada cardiorrespiratoria

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se considera como una interrupción inesperada y brusca de la circulación sanguínea. Este hecho supone el cese del aporte de oxígeno a los distintos tejidos y órganos vitales, provocando la pérdida de conocimiento y ausencia de movimientos respiratorios. El mayor perjudicado es el cerebro, ya que a medida que pasan los minutos se producen daños irreversibles. Por ello es de vital importancia actuar con rapidez, ya que cada minuto que pasa disminuye un 10% las posibilidades de recuperación y provocando la muerte cerebral en aproximadamente 10 minutos (2). Las principales causas en una PCR suelen ser previsibles y estar relacionadas con un deterioro de la actividad eléctrica, con alguna patología previa o en otros casos relacionadas con factores externos. Arritmias como la bradicardia y la taquicardia ventricular (que evoluciona a fibrilación ventricular), hipoxia e hipotensión están consideradas las causas fisiológicas más frecuentes de PCR. Por ello, podemos considerar como causantes directos, a ciertas patologías cardíacas y respiratorias que, durante su progresión en el tiempo o gravedad tras una complicación, acaban conduciendo al organismo a un estado de shock y provocando de manera inminente una PCR (2,13,14,15).

Las principales patologías que podemos considerar como variables de riesgo y como responsables de una PCR son: hipertensión arterial, enfermedades isquémicas de corazón, en especial el infarto agudo de miocardio (IAM) y la diabetes mellitus (DM). Las alteraciones electrolíticas, metabólicas, fármacos y drogas, pueden producir alteraciones importantes en el ritmo cardíaco al igual que el shock hipovolémico y traumatismos graves. Además, estudios realizados al respecto sugieren que las etiologías responsables de PCR son más frecuentes en la ancianidad, que en pacientes pediátricos y adultos jóvenes. Aun así, la edad no es un factor determinante en el resultado final de la PCR (16).

4.2 Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Se trata de una maniobra de emergencia consistente en realizar compresiones torácicas (presión rítmica sobre el tórax) y ventilaciones (aportando oxígeno a los pulmones), en una persona que sufre un cese súbito de la respiración y circulación sanguínea. Tiene como finalidad principal evitar que el flujo de sangre se detenga, haciendo recircular esta, por todos los tejidos y órganos vitales con la intención de poder minimizar al máximo los daños irreversibles que puede sufrir principalmente el cerebro, aumentando las posibilidades de supervivencia y mejorando considerablemente el pronóstico final de las víctimas (2).

Por ello y con la intención de unificar criterios y orientaciones a seguir, se fundó en 1992, el Comité de Coordinación Internacional sobre la Resucitación (ILCOR) donde su principal función es buscar un consenso de recomendaciones a nivel internacional sobre Soporte Vital (SV) y está formado por instituciones como:

- American Heart Association (AHA)
- The European Resuscitation Council (ERC)
- The Australian and New Zealand Committee on Resuscitation (ANZCOR)
- The Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA)
- The American Heart Foundation (IAHF)
- The Resuscitation Council of Asia (RCA)

El ILCOR, establece unas orientaciones de actuación que se recomiendan realizar ante una PCR donde es primordial el iniciar la cadena de supervivencia lo antes posible. Por eso, si un transeúnte es testigo o cree que alguien pueda haber sufrido una PCR debería iniciar la cadena de supervivencia. Esta comprende cuatro acciones que pueden ayudar a aumentar las posibilidades de supervivencia de la víctima (2,17).

El ILCOR realiza publicaciones con recomendaciones en el SVB y SVA que destacan por su rigor científico y su elaboración y, además, son actualizados cada cinco años, menos en 2020 que extraordinariamente, se actualizó en 2021 tras la pandemia de COVID-19. En base a estas publicaciones se crean las guías internacionales de la ERC en Europa. Siguiendo estas directrices, en 2003 Cataluña constituyó el Consell Català de Ressucitació (CCR) con la finalidad promover, coordinar y estandarizar diversas actividades de investigación, formativas, difusión y de buenas prácticas en Soporte Vital (SV) y RCP, difundiéndolo por todo el territorio catalán (2,17,18)

De acuerdo con las pautas RCP y atención cardiovascular de emergencia de la ERC, se deben realizar los primeros tres pasos de la cadena de supervivencia de inmediato (2,19,20,21):

- 1- Reconocer una PCR y alertar de manera inmediata al sistema de emergencias médicas: anticipar y reconocer un problema cardiaco antes de una posible parada puede mejorar la supervivencia de la víctima, ganando un tiempo en la llegada del servicio de emergencias. En caso de encontrarnos una persona con una posible parada cardiorrespiratoria, comprobar si responde a estímulos, llamar al 112 informando del suceso y comenzar las maniobras de reanimación. En caso de producirse en un ambiente hospitalario, avisar al equipo de reanimación, indicando ubicación, solicitando ayuda a las compañeras y localizar el carro de paros.
- 2- Realizar maniobras de RCP: es realmente importante realizar unas compresiones torácicas de calidad y sin interrupciones. Es importante colocar las dos manos sobre el esternón, con los brazos extendidos, intentando comprimir a una velocidad aproximada de 100/120 compresiones por minuto, de manera rítmica y regular, con una profundidad de 5 o 6 cm, comprimiendo a la vez que dejando descomprimir el tórax y evitando interrupciones hasta la recuperación o llegada del servicio de emergencias. Las ventilaciones son recomendables, y se deben hacer 2 insuflaciones por cada 30 compresiones.
- 3- Desfibrilación precoz y soporte vital avanzado: mientras se realizan las maniobras de RCP sería conveniente localizar un desfibrilador externo automático (DEA). Esta es la medida más eficaz para revertir un ritmo desfibrilable. Cuando llegue el dispositivo se deben colocar los parches en la víctima, encender el dispositivo y seguir las indicaciones. Si es necesario, el DEA administrará una descarga. Si se consigue desfibrilar en los primeros 3-5 minutos post parada, los índices de supervivencia aumentan hasta el 50-70%
- 4- Cuidados post RCP: es el último eslabón de la cadena de supervivencia y debe ser realizados por profesionales sanitarios. En él, se realiza soporte vital avanzado, se presta atención tras la PCR y se proporciona soporte en la recuperación a largo plazo a la víctima. Es importante el haber realizado correctamente los pasos anteriores ya que sin ellos el SVA será infructífero.

Grafismo explicativo de la cadena de supervivencia



Consell Català de Ressuscitació (2)

Los principales algoritmos de SV, que se pueden encontrar en las Guías del ERC, hacen referencia a el soporte vital básico (SVB) y al soporte vital avanzado (SVA) (2).

4.2.1 Soporte Vital Básico

El Soporte Vital Básico (SVB) se centra en mantener la permeabilidad de la vía aérea, en el soporte de la ventilación y de la circulación sin utilizar dispositivos externos, es decir aplicando nuestras habilidades y conocimientos en la RCP. Estos también incluyen las indicaciones a seguir para reconocer una situación de PCR súbita, la posición lateral de seguridad utilizada tras la recuperación de la misma y el manejo tras la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE).

El SVB se centra principalmente en los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia, que hace referencia a la alerta inmediata, y a la realización de la RCP básica. También puede incluir la tercera si se dispone de un DEA que permitiría realizar la desfibrilación in situ hasta que llegue el SVA.

Hace años que se apuesta por la formación en SVB a gran parte de la población. Esta formación permite a personas no profesionales, actuar de manera inmediata si presencian o se encuentran a una persona que ha sufrido una PCR.

Los estudios demuestran que las víctimas cuya intervención de SVB fue temprana, correcta y de calidad, ayuda a que respondan mejor a técnicas avanzadas como el SVA, mejorando la recuperación y aumentando así sus posibilidades de supervivencia (2,20,22).

4.2.2 Soporte Vital Avanzado

El Soporte Vital Avanzado (SVA) comprende una serie de actuaciones a realizar en pacientes que se encuentren en PCR y que deben ser efectuadas por personal sanitario, capacitado y formado para ello. En ellas se incluyen intervenciones invasivas, como puede ser la intubación endotraqueal para el control y aislamiento de la vía respiratoria, inserción de catéteres endovenosos para la administración de fármacos, drogas vasoactivas y líquidos. Por ello es importante seguir los algoritmos de actuación existentes y actualizados, que habitualmente serán coordinados por un médico o líder, quien será el encargado de dirigir al equipo sanitario, distribuyendo tareas y maniobras a realizar y medicaciones a administrar. El SVA incluye la prevención y el tratamiento tanto de la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR IH) como de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCREH) (2,20,23).

4.2.3 Recomendaciones para la prevención en la PCR en el adulto (ver anexo II)

La detección precoz de la PCR junto con el inicio del protocolo de actuación y el inicio de las maniobras de resucitación por parte del personal sanitario presente, es imprescindible para aumentar las probabilidades de supervivencia.

Cuando una PCR ocurre en un centro hospitalario habitualmente se inicia el SVB muchas veces es simultáneo con el SVA. Con ello nos referimos que tras evaluar la consciencia y si el paciente respira de manera ineficaz, se debe solicitar ayuda, avisar al equipo especializado en SVA y empezar maniobras de reanimación tan pronto pueda (2,20,23).

Si el paciente no responde

- 1- Valorar consciencia: mediante estímulos verbales y motores.
- 2- Pedir ayuda: alertar a nuestro entorno.
- 3- Colocar a la víctima en decúbito supino y comprobar respiración.
 - a. Permeabilizar vía aérea: maniobra frente mentón o tracción mandibular.
 - b. Ver, oír y sentir (VOS) durante no más de 10 segundos.
 - c. Comprobar si respira o respira de manera ineficaz, respiración agónica o gasping.
- 4- Comprobar si hay signos de circulación.
 - a. Comprobar pulso: radial, femoral o carotideo. Si no tiene signos de vida (consciencia, movimientos voluntarios, respiración o tos) iniciar RCP.

- b. Si hay signos de vida, realizar evaluación médica urgente, administrar oxígeno para SpO₂ de 94 a 98%, monitorizar y canalizar acceso venoso.

Si no hay respiración o duda sobre la presencia de pulso

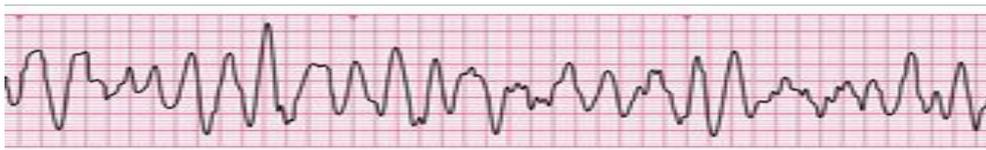
- 1- Iniciar RCP
- 2- Llamar al equipo especializado en SVA.
- 3- Dar 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones
 - a. Compresiones con una profundidad de no más de 6 cm y con una frecuencia de 100-120/ min.
 - b. Dejar que se reexpanda el tórax tras cada compresión, minimizando interrupciones.
 - c. Al ser unas maniobras que producen cansancio, intente cambiar de reanimador cada 2 minutos.
- 4- Mantener vía aérea permeable si es posible mediante una cánula orofaríngea, dispositivo supraglótico o intubación traqueal. Mediante un balón autoinflable administrar aproximadamente unas 10 ventilaciones/minuto y compresiones ininterrumpidas (excepto para desfibrilación)
- 5- Cuando llegue el desfibrilador, colocar los parches y analizar el ritmo sin parar las compresiones. En caso de no disponer de parches para desfibrilar, usar las palas.
 - a. Si el ritmo es FV/TVSP, cargar desfibrilador y administrar descarga (asegurar que nadie toque al paciente durante descarga)
 - b. Si el ritmo es Actividad eléctrica sin pulso (AESP) o asistolia continuar RCP 2 minutos más y volver a reevaluar ritmo.
- 6- Reiniciar compresiones torácicas inmediatamente después de desfibrilación
- 7- Si es posible y se dispone de suficiente personal, preparar accesos intravenosos y fármacos que posiblemente se utilizaran en la resucitación como sería la adrenalina o amiodarona (2,20,23).

4.2.4 Algoritmo de tratamiento de SVA (ver anexo III)

En él se distinguen entre ritmos Desfibrilables y no Desfibrilables

- Ritmos Desfibrilables

- La fibrilación ventricular (FV) es una actividad ventricular caótica asíncrona que no produce gasto cardíaco.



Fibrilación ventricular (Fuente: Passport World)

- La taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) es una taquicardia regular de complejo ancho asociada con gasto cardíaco no detectable clínicamente.



Taquicardia ventricular sin pulso (Fuente: Passport World)

Durante la FV o TVSP se debe realizar una descarga de acuerdo con el algoritmo. Una vez que se ha realizado la 3ª desfibrilación, alternada con los correspondientes dos minutos de compresiones entre ellas, el personal de enfermería administrará (2,20,23):

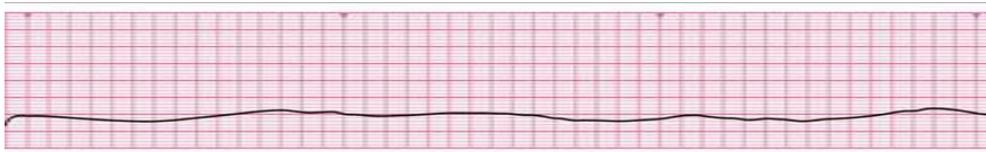
- Fármacos vasopresores. Administrar 1 mg de adrenalina Intravenosa (IV) o intraósea (IO) a los pacientes adultos en parada cardiaca con un ritmo desfibrilable después de la tercera descarga. Repetir con 1mg IV o IO de adrenalina cada 3-5 minutos mientras dure el SVA.
- Fármacos antiarrítmicos. Administrar 300 mg de amiodarona IV o IO a los pacientes en parada cardiaca en FV / TVSP después de la tercera descarga. Administrar una dosis adicional de 150 mg de amiodarona IV o IO después de la quinta descarga. Como alternativa si no se dispone de amiodarona, se puede utilizar 100 mg IV o IO de lidocaína. También se puede administrar 50 mg de lidocaína en bolus tras la quinta descarga.

En caso de sospechar una recuperación de la circulación espontanea (RCE) no se aconseja proseguir con la administración de adrenalina (2,20,23).

Se debería considerar realizar 3 desfibrilaciones consecutivas si la FV/TVSP inicial se produce durante una parada cardiaca presenciada y hay un desfibrilador al alcance.

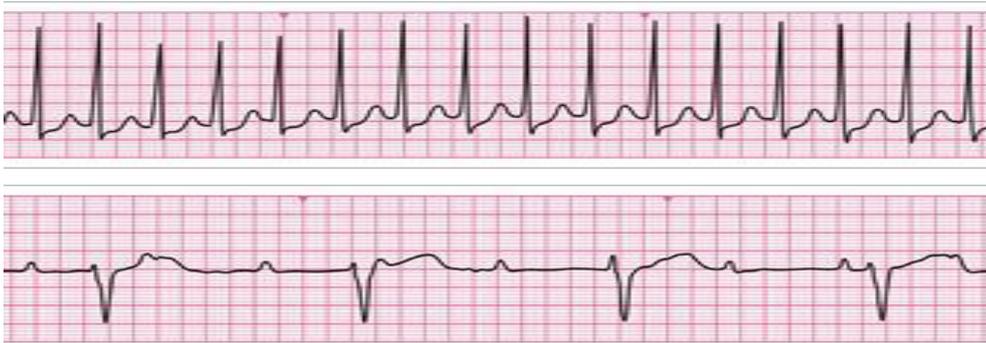
- Ritmos No Desfibrilables

- La Asistolia se caracteriza por la ausencia de actividad eléctrica cardíaca.



Asistolia (Fuente: Passport World)

- La Actividad eléctrica sin pulso (AESP) es la presencia de un ritmo eléctrico coordinado sin gasto cardíaco detectable



Actividad eléctrica sin pulso (Fuente: Passport World)

- El pronóstico en este grupo de ritmos cardíacos o asistolia es mucho menos favorable que con FV/TV.
- Durante la RCP, se aplican intervenciones de soporte vital avanzado y se buscan las posibles causas de la parada cardiorrespiratoria.
- La desfibrilación no está indicada y el énfasis está en la RCP y otras intervenciones de SVA como, por ejemplo, acceso intravenoso, consideración de vías respiratorias avanzadas, fármacos y marcapasos (2,22,23).

Durante la asistolia o AESP el reanimador continuará con las maniobras de RCP durante dos minutos y el personal de enfermería responsable de la medicación administrará 1 mg de adrenalina lo antes posible, por ello sino tenemos acceso venoso, se debe canalizar una vía periférica o intraósea con la mayor brevedad posible desde el inicio de la RCP repitiendo su administración a misma dosis a ciclos alternos de 2 minutos si precisa (1,2,23).

- Causas potencialmente reversibles

Hay un grupo de condiciones especiales que poseen una etiología en muchas ocasiones reversibles donde si no se reconocen o no se tratan durante una parada

cardiorrespiratoria, pueden impedir una reanimación exitosa. Estas causas son conocidas por las 4T y 4H (1,2,20).

Hipoxia

La parada cardiaca causada por hipoxemia suele una consecuencia de asfixia en la mayoría de ocasiones cuando se trata de una causa no cardiaca. Por ello La supervivencia es excepcional y puesto que gran parte de los supervivientes presentan daño neurológico grave.

Hipovolemia

La hipovolemia es una causa que en muchas ocasiones se considera tratable y que produce como resultado de una depleción del volumen intravascular. La hemorragia y la vasodilatación severa producida por sepsis o shock anafiláctico, son considerados los causantes más habituales. Según la causa a tratar, se recomienda iniciar tratamiento con hemoderivados y/o cristaloides calientes y de manera paralela, iniciar con la mayor brevedad posible, las intervenciones oportunas para el control de hemorragias o tratando la causa primaria.

Hipotermia/ Hipertermia

La hipotermia se considera una disminución involuntaria de la temperatura corporal central inferior a 35°C. Por cada grado de disminución en la temperatura central, el organismo reduce alrededor de un 6% el consumo celular de oxígeno. Por lo tanto, se puede considerar como un factor protector sobre el cerebro y el corazón, incrementando las posibilidades de una recuperación neurológica sin secuelas tras una parada prolongada. Para la recuperación de la normotermia en ámbito hospitalario es muy común utilizar técnicas internas y externas para la estabilización de la misma, siendo los sueros calientes y la manta térmica de aire calientela técnicas de primera elección.

Antagónicamente, la hipertermia viene producida por un fallo en la capacidad corporal de termorregulación viéndose alterados los mecanismos homeostáticos encargados de dicho control. El fracaso multiorgánico y parada cardiaca son la consecuencia del estrés térmico y consiguiente golpe de calor. Para intentar revertir la situación es conveniente aplicar un enfriamiento rápido a la víctima.

Hiper-hipopotasemia y otros trastornos electrolíticos

Los trastornos electrolíticos, en especial los asociados a la hiperpotasemia y/o alteraciones varias del potasio, pueden ser considerados los causantes principales de arritmias cardíacas o una parada cardíaca.

Neumotórax a tensión

La descompresión torácica y toracotomía simple es una técnica utilizada de forma rutinaria por diversos servicios médicos en emergencias prehospitalarias. Para ello es necesario la realización de una descompresión torácica, mediante la inserción de un tubo torácico en el espacio pleural junto a presión positiva.

Trombosis

El Embolismo pulmonar agudo es la situación clínica más grave y de difícil diagnóstico que podemos encontrar del tromboembolismo venoso. El tratamiento recomendado es la fibrinólisis, donde el beneficio supera a los riesgos ya que la mejora de la supervivencia es exponencial. Las maniobras de RCP deben continuar al menos 60-90 minutos antes de desistir los intentos de resucitación.

La Trombosis coronaria es considerada de diagnóstico difícil en un paciente que se encuentra en parada, pero si el ritmo inicial es FV lo más probable es que la causa sea una enfermedad arterial coronaria con oclusión de un vaso coronario importante. Para resolver dicha situación se recomienda el acceso inmediato a la sala de hemodinámica si se dispone de ella en el hospital.

Taponamiento cardíaco

Requiere la descompresión inmediata del pericardio ya que su mortalidad es elevada. Se debe considerar la realización de toracotomía o pericardiocentesis para resolver la parada asociada con taponamiento cardíaco traumático o no traumático.

Tóxicos

Se recomienda la administración de antídotos específicos, la descontaminación mediante carbón activado y aumentar la eliminación. Se mejora la efectividad si se trata durante la primera hora post ingesta.

4.2.5 Niveles de energía recomendados en SVA

Tal como dice la nueva guía de ERC de 2021, cuando esté indicado, es recomendable realizar una única descarga seguida de un ciclo de 2 minutos de compresiones torácicas.

- Se debería considerar realizar 3 desfibrilaciones consecutivas si la FV / TVSP inicial se produce durante una parada cardíaca presenciada y hay un desfibrilador al alcance.
- Los niveles de energía de la desfibrilación no cambian respecto a las guías del 2015:
 - o Para formas de ondas bifásicas (bifásicas rectilíneas o exponenciales truncadas), administre la primera descarga con una energía de, al menos, 150 J.
 - o Para las formas de ondas bifásicas pulsadas, administre la primera descarga a 120-150 J.
- Si el reanimador desconoce los parámetros de energía recomendados del desfibrilador, en los adultos, utilice la energía más alta para todas las descargas (2,20).

Se pueden utilizar otros niveles de energía siempre que existan datos clínicos relevantes para un desfibrilador específico que sugieran que un nivel de energía alternativo proporciona un éxito de descarga adecuado. ANZCOR sugiere que si la primera descarga no tiene éxito y el desfibrilador es capaz de administrar descargas de mayor energía, es razonable aumentar la energía al máximo disponible para descargas posteriores (20,23,24).

4.3 El estrés y las emociones

El estrés se define como una reacción psicológica y fisiológica hacia una situación que supera los recursos de afrontamiento individual (25). Al lidiar con los estresores, cada individuo tiene diferentes habilidades, así como la capacidad de adaptarse a diversas situaciones de altos niveles de estrés, esta habilidad se denomina afrontamiento individual (26).

Además, cada individuo usa un conjunto de estrategias y mecanismos para adaptarse a eventos estresantes, intentar manejar estas situaciones y controlar las respuestas fisiológicas y emocionales, para así reducir los niveles de estrés y mejorar la calidad de vida. Esto es comúnmente denominado como mecanismos de afrontamiento (27).

El uso apropiado del afrontamiento conduce a la disminución de problemas, mayor adaptabilidad y resolución de dificultades. De manera contraria, el uso inapropiado del afrontamiento conduce a un aumento del nivel de estrés. El comportamiento de afrontamiento se clasifica en dos tipos, el comportamiento de afrontamiento efectivo o el ineficaz. El comportamiento de afrontamiento efectivo podría reducir o eliminar el estrés de manera significativa, mientras que el comportamiento de afrontamiento ineficaz, como la evitación y el consumo de medicación, podría aumentar el estrés psicológico y disminuir la salud psicológica (28).

4.4 Antecedentes

Anteriormente ya se habían realizado estudios relacionados con las emociones de los y las enfermeras tras la realización de una RCP fallida; un ejemplo de ello es el trabajo propuesto por Fernández-Aedo y colaboradores, donde se plantearon el objetivo de explorar las vivencias, emociones y habilidades de afrontamiento entre técnicos de urgencias médicas y enfermeras de urgencias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria con resultado de muerte. Al igual que en el presente trabajo, los autores realizaron una investigación cualitativa fenomenológica (11).

Dentro de los resultados hallados, los autores encontraron que tras una reanimación fallida aparecían varias reacciones a corto y largo plazo. Algunas reacciones negativas, incluían la tristeza o la incertidumbre, o positivas, como la sensación de haber hecho todo lo posible por salvar la vida de la víctima. Encontraron que el estrés emocional aumentaba cuando el personal sanitario tenía que hablar con la familia del fallecido o cuando el paciente era un niño (11).

Similarmente, en el trabajo de Koželj y colaboradores (2021) se plantearon el objetivo de determinar los estresores y el nivel de estrés experimentado por las enfermeras durante la reanimación en unidades de emergencia; para ello realizaron un estudio cuantitativo transversal. Las situaciones más complicadas de gestionar para los encuestados fueron la reanimación de niños o jóvenes, cuando no lograban canalizar una vía intravenosa, las situaciones caóticas durante la reanimación y la toma de decisiones sobre la finalización de la reanimación (29).

Otro estudio relacionado, es el realizado por Sjöberg y colaboradores donde buscaron describir las experiencias de los enfermeros en la realización de la reanimación

cardiopulmonar en unidades de cuidados intensivos. Los autores encontraron tres categorías que describen las experiencias de los enfermeros: formación y reanimación precardiopulmonar; caos y orden durante la reanimación cardiopulmonar; y el debriefing en resucitación cardiopulmonar. Los resultados del estudio indicaron que el personal sanitario considera necesaria la práctica de la reanimación cardiopulmonar, ya que les proporciona una sensación básica de seguridad a la hora de aplicarla en situaciones reales. Además, encontraron que el debriefing de reanimación cardiopulmonar debe ser visto a la luz de su valor propio con un enfoque específico en las experiencias del personal y emociones, y no sólo en la intención de identificar errores (30).

Por otro lado, también en el estudio transversal de Spencer y colaboradores examinaron las prácticas de debriefing tras una parada cardiorrespiratoria y la carga de asistirlos en el personal médico y de enfermería. En dicho estudio determinó que el debriefing no se asocia con el riesgo de trastorno por estrés postraumático (31).

Es posible que los síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) ocurran en enfermeras de cuidados críticos como resultado del estrés repetitivo asociado con reanimaciones cardiopulmonares fallidas y el uso de comportamientos de afrontamiento ineficaces (32). La literatura existente confirma que las enfermeras de cuidados intensivos que participan en RCP refieren sentimientos de ansiedad, pena, arrepentimiento, ira, inutilidad e impotencia, lo que puede exacerbar aún más sus niveles de estrés posteriores a los intentos de resucitación (33,34). Además, cierta bibliografía documenta una gran variedad de comportamientos de afrontamiento para aliviar o, a menudo, suprimir las emociones creadas por el estrés. Las enfermeras de cuidados intensivos y críticos expuestas a eventos traumáticos demuestran diferentes estrategias conductuales de afrontamiento utilizadas para prevenir el sufrimiento psicológico y mantener un estado de bienestar psicológico (35,36).

4.5 Debriefing

El debriefing se ha identificado como una herramienta importante utilizada para identificar errores del personal sanitario, mejorar la comunicación, revisar el desempeño del equipo y brindar apoyo emocional después de una situación crítica. A pesar de ser conscientes de la importancia del debriefing, son muchos los profesionales del sector sanitario que no hacen uso de esta herramienta de manera regular y se han realizado muy pocos estudios con respecto a la práctica del debriefing.

El debriefing es un análisis reflexivo que gira en torno a compartir y examinar información después de que haya ocurrido un evento específico. Puede seguir una experiencia simulada o real y proporciona un foro para que los participantes reflexionen sobre la experiencia y aprendan de sus errores (Cho, 2015) (37).

Según escribió Ireland et al (2008), expertos en el debriefing, puede facilitar la reflexión haciendo preguntas abiertas para sondear el marco de los participantes y aplicar las lecciones aprendidas a situaciones futuras. Se ha demostrado que el debriefing mejora los resultados clínicos, así como el retorno de la circulación espontánea después de una parada cardiorrespiratoria y la enseñanza del trabajo en equipo y la comunicación (38).

El debriefing tiene el beneficio de mejorar el comportamiento y fortalecer la cohesión del equipo para mejorar la calidad y la seguridad en la práctica clínica diaria (Cho, 2015,). Incluso con todos estos beneficios probados, hay escasez de datos sobre esta práctica (37).

En el estudio realizado por Coppens et al (2018) se investigó si la integración de un curso sobre los principios de gestión de recursos en situaciones de crisis y sesiones informativas en equipo en el entrenamiento con simulación aumenta la autoeficacia, la eficacia del equipo y las habilidades técnicas de los estudiantes de enfermería en entornos de reanimación cardiopulmonar y qué fases contribuyen más a estos resultados.

Los resultados del estudio concluyen que la combinación de los principios de gestión de recursos en situaciones de crisis y las sesiones informativas en equipo en el entrenamiento de simulación aumenta la autoeficacia y la eficacia del equipo. Asimismo, se remarca que la fase de debriefing es la que más contribuye a estos efectos (39).

5. Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica inicial que nos ha aportado la información necesaria para nuestra investigación. Las bases de datos que se han consultado son: SciELO, Google Scholar, Pubmed, Mediagraphic, NCBI, CINAHL.

En ellas se han utilizado las siguientes palabras clave: reanimación cardiopulmonar (RCP), parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR IH), sensaciones enfermeras, emociones en parada cardiorrespiratoria, protocolo actuación de RCP. Otra de las

herramientas utilizadas han sido los operadores boléanos (AND/OR/NOT) y descriptores de búsqueda en el lenguaje MeSH y DeCS.

Esta búsqueda nos ha permitido obtener un amplio abanico de artículos, revistas y libros relacionados con la temática seleccionada, a partir de los cuales se ha llevado a cabo un cribaje para elegir los más significativos y aquellos con información fiable y veraz, con un rango de 10 años, que a medida que ha ido avanzando la investigación hemos visto necesario ampliar la antigüedad de cierta bibliografía por considerar su contenido relevante para el estudio (40).

5.1 Tipo de estudio

Esta investigación se lleva a cabo a través de la metodología cualitativa, categorizada como un diseño fenomenológico. Este enfoque se centra en la naturaleza y complejidad del ser humano y busca la comprensión de la experiencia humana a partir de sus propias vivencias (40).

Dicho diseño pretende dar voz de manera individual a las participantes que nos contarán sus sentimientos y emociones de manera subjetiva de las situaciones vividas durante una reanimación cardiopulmonar. El objetivo principal de la fenomenología es la descripción del significado y con el presente estudio, se pretende obtener una descripción rigurosa de las vivencias detalladas por el personal de enfermería. Posteriormente se pretende analizar las entrevistas en profundidad mediante una visión EMIC, en la que los investigadores son partícipes del estudio aportando una visión interna, pero sin olvidar la perspectiva ETIC que nos dará un enfoque externo de observación (41,42).

5.2 Participantes. Unidad de observación

Los participantes de este estudio fueron elegidos a partir del muestreo no probabilístico de carácter intencional en centros sanitarios del Camp de Tarragona. Para hacerlo posible hemos establecido unos criterios de inclusión y de exclusión para poder adaptar el perfil buscado con la temática de la investigación.

- Criterios de inclusión: personal de enfermería con más de 3 años de experiencia en servicios de urgencias, UCI o similares, haber participado de manera activa en 5 o más reanimaciones cardiopulmonares.
- Criterios de exclusión: no cumplir los criterios de inclusión.

Para la metodología escogida no se precisa de una población diana elevada, ya que es suficiente con la información que nos pueda proporcionar una pequeña muestra de

calidad. En este caso en particular, se trata de 3 enfermeras a las cual hemos nombrado de la siguiente manera: **E.1**, **E.2** y **E.3**. (42).

5.3 Técnica de recogida de datos

La entrevista semiestructurada (*ver anexo IV*) y la observación han sido las técnicas escogidas para llevar a cabo la recogida de datos. Al tratarse de una temática subjetiva y basada en vivencias individuales, se ha querido dar flexibilidad a un guion inicial semiestructurado, para que la persona entrevistada pueda añadir cualquier información que considere oportuna y relevante para el estudio. Además, la técnica de observación nos permitirá obtener información añadida a lo que nos expresen las enfermeras entrevistadas, intentando captar el significado de las palabras y dar una interpretación estimada de la comunicación no verbal que nos transmitan durante la entrevista (43).

5.4 Categorización y análisis

La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante una grabadora de voz para poder focalizarnos en la entrevista, para después poder transcribirlas de manera literal dándole el énfasis expuesto mediante las convecciones de transcripción de Jefferson (*ver anexo V*) y posteriormente analizarlas en detalle.

Cabe destacar que, en el apartado de Resultados y discusión, las palabras de las enfermeras aparecen escritas de manera literal para facilitar al lector la comprensión de los datos analizados. La transcripción mediante la convección de Jefferson puede consultarse en anexos si así se desea.

Para el análisis hemos utilizado la codificación de datos a través de la secuencia analítica de Taylor-Bodgan. Esta secuencia nos propone un análisis de datos en tres fases: descubrimiento, codificación y relativización. Siguiendo estas tres fases, procederemos a la creación de las categorías y subcategorías pertinentes (43).

5.5 Aspectos éticos

Los participantes del estudio decidieron formar parte de la investigación de manera voluntaria, siendo conocedores de que en cualquier momento tenían derecho a rehusar o no responder las preguntas planteadas o a abandonar la entrevista cuando consideraran oportuno.

En las 48 horas previas a la realización de las entrevistas, se les entregó a las participantes un consentimiento informado (*ver anexo VI*) en el cual se explican los objetivos y la finalidad del trabajo realizado. Igualmente, se les hizo inciso oralmente de

que las entrevistas son totalmente confidenciales y de que la información extraída de ellas no se utilizará para ningún otro propósito que no sea el mencionado anteriormente. Por todo ello nos acogemos a la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, publicada en el BOE, en la cual se hace hincapié en la confidencialidad de los datos aportados, en nuestro caso, de la enfermera entrevistada. (44). Así mismo, el nombre de las participantes ha sido cambiado para garantizar su anonimato en todo momento.

6. Resultados y discusión

En este apartado se presentarán los resultados que hemos obtenido mediante las entrevistas semiestructuradas que hemos llevado a cabo en este estudio, clasificándolo en categorías y subcategorías. Para ello se ha tenido en cuenta la información obtenida de la bibliografía utilizada y los objetivos del propuestos para este estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Aspectos generales	1.1 Experiencia profesional
2. Emociones	2.1 Primera RCP 2.2 RCP fallidas 2.3 RCP exitosas 2.4 Presencia familias
3. Experiencias	3.1 Tipos RCP 3.2 Influencia experiencias pasadas 3.3 RCP en niños 3.4 Vivencias destacables
4. Mecanismos de afrontamiento	4.1 Autocrítica 4.2 Debriefing
5. Consejos para el futuro	5.1 Formación en gestión emociones 5.2 Formación en RCP 5.3 Consejos futuras enfermeras

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 Experiencia profesional

Las enfermeras entrevistadas tienen entre 27 y 35 años y las tres quisieron ser partícipes de la investigación de manera voluntaria. Las tres enfermeras cumplen con los criterios de inclusión establecidos ya que cuentan con más de 3 años de experiencia en servicios de urgencias o UCI (tienen una experiencia de 4, 5 y 15 años,

respectivamente). Paralelamente, las tres manifiestan haber participado activamente en 5 o más reanimaciones cardiopulmonares. De hecho, comentan que han sido partícipes de entre 15 y 20 RCP o incluso más.

E.1: *Tinc 27 anys. Tinc 4 anys d'experiència treballant com a infermera. Actualment estic treballant aquí a Joan XXIII a la planta de Cardiologia i Neuro i Ictus. Vaig treballar dos anys en una Residència d'avis, després vaig estar 6 mesos al Vall d'Hebron, a l'àrea del cor a Cardiologia i ara porto un any i mig aquí a Tarragona. Aproximadament he sigut partícip de 15 RCP durant estos anys.*

E.2: *Me llamo E.2, tengo 27 años y llevo ejerciendo como enfermera 5 años. Actualmente trabajo en una unidad de medicina interna, pero anteriormente he estado trabajando en el servicio de UCI y Urgencias. Yo creo que más o menos he sido partícipe de unas 20º RCP aproximadamente.*

E.3: *Tengo 35 años. Llevo 15 años trabajando como enfermera. Actualmente estoy en un servicio de urgencias en el CUAP de Cambrils. Al principio estuve en la UCI de Joan XXIII. Ya llevo unas cuantas RCP a mis espaldas, llevo muchas, más de diez seguro o incluso más de veinte; he visto muchas.*

2. EMOCIONES

2.1 Primera RCP

Cuando preguntamos a las enfermeras por su primera RCP, las tres describen la experiencia con calificativos negativos; una situación desagradable, crítica, caótica y dura.

Analizando sus respuestas podemos observar que las tres experiencias se caracterizaron por el surgimiento de sentimientos negativos. Ante los adjetivos con los que definen la experiencia, no es de extrañar que los sentimientos surgidos en ellas fueran también negativos.

Algunos de los sentimientos y sensaciones surgidas ante las primeras RCP son el nerviosismo, el desánimo, la tristeza, la frustración, el estrés, la impotencia y la decepción. Así mismo, dos de ellas coinciden en que tuvieron la sensación de no tener los conocimientos adecuados; de haber podido estar más preparadas, aun habiendo empezado la RCP con pensamientos positivos y de seguridad.

Una de ellas describe la situación como traumática por el hecho de estar en contacto, por primera vez, con una persona muerta.

Los estudios de McMeekin DE, así como los de Ganz FD confirman que “las enfermeras de cuidados intensivos que participan en RCP refieren sentimientos de ansiedad, pena,

arrepentimiento, ira, inutilidad e impotencia”, algunos de los cuales han sido también experimentados por nuestras entrevistadas (33,34).

E.1: Durant em vaig sentir com si estigués en un somni, com si no fos real aquella situació. Era una situació molt rara. Estava com un flam, estava super nerviosa, i després me vaig sentir fatal, super desanimada perquè la RCP no va sortir bé. Me vaig sentir molt trista.

E.2: La primera experiència en la realització de RCP fue como estudiante y fue una vivencia muy desagradable porque no tienes los conocimientos adecuados. Mi primera vez trabajando fue al muy poco de acabar la carrera y fue la primera vez que ya fui titular. Las sensaciones fueron muy dispares. Una sensación de pensar al principio que lo tienes todo controlado, pero cuando la cosa no va evolucionando bien es muy complicado porque te sientes frustrada, te sientes que no tienes la experiencia suficiente, que no tienes los conocimientos suficientes y es complicado.

E.3: Mi primera experiencia ante una RCP fue bastante traumática porque nunca había tenido contacto con una persona que está muerta. Es una situación muy crítica. Es una situación en la que todo el mundo está corriendo. Puede ser muy caótico y muy estresante. Emocionalmente me sentí impotente, me sentí perdida, me sentí decepcionada conmigo misma porque, tal vez, debería haber estado más preparada para una situación así y, evidentemente, acabé llorando. La primera RCP fue dura.

2.2 RCP fallidas

Ante una reanimación cardiopulmonar fallida las entrevistadas presentan emociones diferentes. Nos hablan de cierto grado de culpabilidad ya que se cuestionan que quizá no han hecho bien alguna cosa o que quizá podrían haberlo hecho de otra manera. Esa culpabilidad a veces también se manifiesta en forma de rabia, aunque también comentan que, en ocasiones, sienten cierto alivio cuando valoran qué tipo de calidad de vida hubiera tenido esa persona. Evidentemente, este alivio surge una vez terminada la maniobra.

Una de las enfermeras explica que, aunque se trata de una situación triste porque, al fin y al cabo, has presenciado el final de una vida, los años le han enseñado a poner una barrera y a que no le afecte tanto emocionalmente. Aun así, el sentimiento de tristeza también les varía en función de la edad de la persona.

Estas sensaciones descritas coinciden con las que aparecen en los resultados del estudio realizado por Fernández-Aedo y colaborades que evidenciaba que tras una

reanimación fallida aparecen algunas reacciones negativas, como por ejemplo la tristeza. Este mismo estudio encontró que también aparecen reacciones positivas, como la sensación de haber hecho todo lo posible por salvar la vida de la víctima (11).

E.1: Pues em sento com que ho podria haver fet millor. Com que n'hi ha algo en que he fallat, algo que se m'ha passat per les mans, que no he fet bé algo... Em sento una mica culpable.

E.2: Pues a veces rabia y a veces también alivio, porque quizás también hay que pensar en todo porque ¿qué calidad de vida también tenía ese paciente?, ¿cómo iba a acabar la historia? Cuando ya acaba la RCP y ha sido fallida pues te cuestionas si es una persona que tiene una buena calidad de vida, si es independiente..., ahí tienes un sentimiento de rabia porque dices a lo mejor si hubiéramos hecho, podríamos haber... Pero otras veces es que dices, mira, hasta agradeces que no haya salido bien porque ¿cómo hubiera acabado esa persona?

E.3: Te puedo hablar de las fallidas porque en toda mi experiencia profesional con las RCP, de momento no he dado con una que haya salido para adelante. A medida que pasan los años como enfermera generas unas barreras y haces como una protección emocionalmente ante una persona que está muerta, ¿no?. También te diré que depende mucho de la edad de la víctima a la que estés haciendo la RCP, no es lo mismo un bebé, un niño, un adolescente, que un adulto, que un abuelito. A nivel de emociones da pena, porque da pena, es una situación triste, porque acaba de ser el final de una vida pero bueno intento que no me afecte exageradamente.

2.3 RCP exitosas

Por lo que a RCP exitosas se refiere, tan solo dos de las tres enfermeras pueden hablar de ellas, ya que una todavía no ha participado de ninguna reanimación cardiopulmonar que haya tenido un buen final. Podríamos pensar que los sentimientos manifestados son de alegría, pero no es del todo así. Una de las enfermeras sí que refiere sentirse bien consigo misma, aunque reconoce que también realiza una autocrítica cuestionándose que, como consecuencia de los nervios, quizá podría haber sido más rápida. A pesar de ello, admite que esta autocrítica es menor cuando el resultado es positivo.

Por otra parte, la segunda enfermera experimenta sentimientos contradictorios ya que sí, se alegra, pero se plantea cómo será la calidad de vida de esa persona que, por ejemplo, puede que haya estado 30 minutos en hipoxia y es probable que pase el resto

de su vida en una cama. Para ella, es primordial valorar el tipo de vida que le quedará a esa persona.

Los sentimientos contradictorios descritos por nuestras enfermeras coinciden con la información aportado por el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria la cual hace hincapié en conceptos como que “alargar o prolongar la vida es un hecho de satisfacción y optimismo, aunque el final no sea el esperado provocando, por ejemplo, una muerte cerebral y el sufrimiento de por vida ocasionado” (12).

E.1: Doncs penso.... Bua! He salvat a la persona! Me sento super completa. Lo que passa que igualment a vegades en aquell moment estàs tan nerviosa que penses a lo millor podria haver sigut més ràpida però bueno, com que ha sigut exitosa no tant.

E.2: Pues mira, yo creo que tengo sentimientos que son contradictorios porque me alegra porque esa persona va a vivir pero por otro lado pienso ¿cómo va a vivir? Porque una persona que ha estado en hipoxia 30 minutos ¿cómo va a acabar después? ¿Que va a quedar, una persona que esté encamada? Yo pienso que la calidad de vida es primordial siempre.

E.3: Todavía no he dado con una que haya salido para adelante. Es como una espinita.

2.4 Presencia familias

En relación a la presencia de las familias en el momento en que se realiza la RCP coinciden en que es mejor que no estén presentes, ya que se trata de una situación bastante traumática, violenta y desagradable. No obstante, una de ellas nos especifica que ante una RCP con niños sí que considera necesario que los padres estén presentes. Así mismo, reconoce que con adultos a veces hacen excepciones siempre y cuando los familiares estén tranquilos y permitan a todos hacer su trabajo. Según las directrices éticas del Consejo Europeo de Reanimación “los equipos deben ofrecer a los familiares con paro cardíaco la oportunidad de estar presentes durante el intento de reanimación, en los casos en que esta oportunidad se pueda proporcionar de manera segura” (4).

E.1: Jo els faig fora. A vegades els familiars estan al límit i donen més faena que menos.

E.2: Fatal. Yo creo que, en el ámbito hospitalario, los familiares no deben de estar presenciando esa situación tan desagradable. Creo que es una situación bastante

traumática para los familiares. Personalmente siempre los echamos fuera de la habitación.

E.3: *Considero que es derecho del paciente que el familiar este ahí. En una situación crítica, con niños, los padres tienen que estar ahí presentes, pero yo necesito que los padres que estén presentes estén lo más tranquilos posible. Es muy complicado, pero creo que es necesario que observen lo que se está haciendo por los niños en caso de una RCP. En caso de adultos, como norma general, no los dejamos pasar porque es una situación muy violenta. A mí no me molesta un familiar siempre y cuando me permita hacer mi trabajo.*

Una vez terminada la RCP es el médico el encargado de comunicar a los familiares cómo ha ido. Sin embargo, es responsabilidad de las enfermeras el posterior acompañamiento emocional, sobre todo en aquellas RCP fallidas. Las enfermeras coinciden en que deben ser comprensivas, sinceras, empáticas y ofrecer su ayuda. No obstante, una de ellas opina que no están lo suficientemente preparadas y que se necesitaría más manejo para afrontar situaciones complicadas. Esta falta de preparación para abordar este tipo de situaciones encaja con los resultados hallados en el estudio de Fernández-Aedo y colaboradores los cuales encontraron que el estrés emocional aumentaba cuando el personal sanitario tenía que hablar con la familia del fallecido (11).

E.1: *Intento ser comprensible i me poso en la seva pell i els hi dic: Mira, ho hem intentat i al final no ha pogut ser i Bueno, amb sinceritat, no s'ha d'amagar res.*

E.2: *La enfermera tiene un papel muy importante de apoyo emocional a esas familias. Hay que tenerlos presentes también y apoyarles y explicarles también que si necesitan ayuda pueden pedírnosla.*

E.3: *Te diría que no estamos lo suficientemente preparados como para abordar del todo esa situación. Es difícil porque es una situación muy complicada. Se necesita empatía, que es primordial, pero se necesita más manejo de como transmitir la información.*

3. EXPERIENCIAS

3.1 Tipos RCP

Dos de las tres enfermeras afirman haber participado en más RCP fallidas que exitosas. Una de ellas nos comenta que todas en las que participó en la Vall d'Hebron fueron exitosas, pero, por el contrario, todas las que vivenció cuando trabajaba en una residencia fueron fallidas.

El hecho que nuestras enfermeras refieran haber participado en más RCP fallidas que exitosas no es de extrañar ya que la guía European Resuscitation Council (2021) confirma que la tasa de supervivencia pasados 30 días del alta hospitalaria sigue siendo bastante baja, oscilando entre el 15 y el 34% (2).

E.1: A la Residència fallides, no cap ha sigut exitosa. Al Vall d'Hebron totes les que he participat han sigut exitoses i aquí a Tarragona també. Bueno va haver una que va morir-se.

E.2: Muchas más fallidas que exitosas, exitosas muy pocas, muy, muy pocas. O sea, fallidas...yo creo todas. Exitosas ¿tres?, ¿dos?

E.3: Fallidas.

3.2 Influencia experiencias pasadas

Cuando se les pregunta si creen que las experiencias anteriores pueden interferir emocionalmente en RCP posteriores, obtenemos respuestas diferentes, aunque con el mismo trasfondo. Una de ellas nos planteaba que, como al principio solamente había realizado RCP fallidas en una residencia, cuando fue a trabajar al hospital iba condicionada pensando en que seguramente lo haría mal e iba con el miedo de no poder salvar al paciente.

Por otra parte, la segunda enfermera nos especifica que la huella que deja la realización de la RCP depende también del equipo con quien la hayas realizado. Ante un equipo mal liderado en qué se pierden las formas a la hora de hablar y de dirigir, la siguiente RCP con el mismo equipo estará condicionada por la marca negativa que ha quedado. En cambio, la huella es más positiva si te encuentras ante un equipo y un líder que transmite paz y seguridad.

Finalmente, la tercera enfermera nos explica que, para ella, más que afectarle experiencias anteriores, considera que le afectaría el hecho de realizar RCP a niños, ya que como mamá cree que se bloquearía.

Como veremos más adelante, algunos autores como Sjöberg (30) Ireland (38) y Cho (37) defienden el uso del Debriefing como herramienta de reflexión y mejora,

posibilitando también la reducción del impacto que deja una RCP fallida. Según escribió Ireland y colaboradores (2008) expertos en Debriefing pueden facilitar la reflexión y aplicar las lecciones aprendidas a situaciones futuras (38).

E.1: Tu portes a este pacient i ja el coneixes de temps atrás i quan li estàs fent la RCP i veus que no el salves pues emocionalment te sents molt malament i tu vas sempre en la por, no? en la coseta al pit de...i si passa i no el pots salvar? Saps?

E.1: Clar. Hi ha vegades que clar, les primeres RCP, com que a la Residència van ser totes fallides ja quan vaig arribar al Vall d'Hebron i n'hi havia RCP pensava segurament que ho faré malament, segurament que no el salvaré.

E.2: Sí, sí, 100% sí y sobre todo yo creo que depende de con el equipo que lo hagas también las RCP. Es decir, si tu anteriormente has estado con un equipo haciendo la RCP y esa RCP ha ido fatal, ya sea porque el líder no ha liderado bien, porque ha habido malas formas al hablar, al exigir, yo creo que eso se te queda, que cuando pasa otra situación igual, con la misma o las mismas personas te marca. No es lo mismo que vayas con una persona que transmita paz, que lo tenga todo seguro, que con personas que estén nada más que machacándote y yendo a por ti.

E.3: Mira, sobre todo, emocionalmente a nivel de interferirme, más que experiencias anteriores, yo ahora soy madre, entonces en una parada de un niño ahí emocionalmente mi experiencia como madre ya me mataría, ya me bloquearía... creo que me bloquearía ante un niño. Estoy totalmente convencida que el día en que yo esté ante un niño parado me va a afectar mucho.

3.3 RCP en niños

Dos de las tres enfermeras afirman no haber realizado nunca una RCP a un niño o adolescente, aunque sí que creen que las emociones serían diferentes de las experimentadas en RCP en adultos. La primera considera que un niño o adolescente todavía tiene toda la vida por delante, a diferencia de una persona de 90 que ya lo tiene todo hecho. Además, nos comenta también que en RCP en niños hay que ponerse también en la piel de los padres y lo mal que lo deben pasar.

Relacionado con la reacción de papás y mamás, la segunda enfermera relata haber tenido que realizar una RCP a un bebé, nada más nacer. Nos describe la situación como horrible, muy dura y muy difícil, dado que se trataba de un recién nacido que ya nació muerto por haber aspirado meconio y los papás estaban presentes. Tratar con ellos ante tal hecho, que supuestamente debía ser de felicidad por el nacimiento, se vuelve muy duro. Para ella todas las vidas valen igual, no obstante, pesa más emocionalmente

cuando se trata de un niño ya que son personas muy vulnerables. Añade que los niños se paran menos, motivo por el cual uno está menos acostumbrado.

La tercera enfermera también considera que las RCP en niños deben marcar más porque es algo antinatural. Nos explica que practicar RCP a jóvenes es muy triste y que en niños no debería pasar. Con los adultos se sobrelleva de manera diferente, aunque también depende de si se trata de un adulto joven o mayor, de las patologías previas que pudiera tener...

Estas experiencias coinciden con los resultados del trabajo de Koželj y colaboradores (2021) que relevó que una de las situaciones más complicadas de gestionar para los encuestados fueron la reanimación de niños o jóvenes (29).

E.1: No.

E.1: *Sí. Quan tu li fas la RCP a un nen o a un adolescent tu penses que aquella persona té tota una vida per davant per viure, en canvi tu li fas una RCP a un abuelet de 90 anys i dius mira... ja ho té tot fet, ja té fills, ja ho té tot...És diferent... I també te poses en la pell dels pares que ho deuen estar passant malament.*

E.2: *Sí. Hace no mucho tuvimos un caso de un niño que nació, que había aspirado meconio y que nació muerto ya y es una sensación horrible porque no es solo ese niño; es esa madre, ese padre que están allí, que están viéndolo todo. Es muy duro y difícil. Además, fue muy complicada, fue horrible.*

E.2: *Sí son diferentes porque realmente un niño para mí es una persona es muy vulnerable y no solo tienes que tratar con el niño, tienes que tratar también con sus padres que están en un momento que en teoría es un momento de inicio de la vida que, en teoría, es bonito. A mí me parece que no es que sean distintas porque al final la vida de todo el mundo vale por igual, pero sí que para mí emocionalmente me pesa más lo de los niños que los adultos. También es verdad que los niños se paran menos que los adultos, entonces tampoco estás tan acostumbrado a realizar RCP de niños que de adultos, no de niños sino ya de neonatos que son distintos, distinta técnica...todo.*

E.3: *No, pero nunca se sabe, hay que estar preparado para todo. No. Te marca más. Los niños son un mundo aparte. Es como antinatural que a un niño le pase esto, es como algo que no puede ser. En un adulto se lleva diferente, sí que es verdad que no es lo mismo un adulto joven, que un adulto mayor porque es más triste que se muera uno joven, que no uno mayor. Uno mayor pues ya según los antecedentes que tenga, las patologías que tenga de base, y ya es muy mayor y está a finales de*

su vida pues, como que no es tan chocante. La gente joven es muy triste y niños es como, pues eso, algo que no debería pasar.

3.4 Vivencias destacables

Cuando se les pregunta por las experiencias que más les han marcado, obtenemos respuestas muy enriquecedoras que no se han relacionado con estudios al respecto, dado que se trata de vivencias personales explicadas desde una perspectiva emic; es decir, desde el punto de vista de las entrevistadas.

La primera nos la define como una experiencia rara. Dice que primero estaba tranquila (dado que había unas telemetrías que a veces fallaban), pero que en el momento en que reconoció que había una parada las cosas cambiaron. Empezó a aparecer mucha gente y prisas. Era su primera vez en el hospital y estaba ante material que no conocía, motivo por el cual cometió algún error. De todas maneras, manifiesta haber hecho todo lo que pudo y reconoce que, entre los nervios y la sensación de no estar preparada, iba muy perdida. Le impactó mucho, aunque por suerte, pudieron reanimar a la paciente. Nos explica que cuando volvió a ver a la paciente en planta, ella se emocionó y la abrazó. Le transmitió que fue ella quien se dio cuenta de la parada y que era su primera vez ante tal situación.

La segunda enfermera nos diferencia entre la experiencia que más le ha marcado a nivel profesional y la que más le ha marcado a nivel personal. Por lo que a profesionalidad se refiere, nos comenta que no sintió apoyo médico. A nivel personal nos cuenta que le afectó mucho ya que se trataba de un familiar, la cual cosa le hizo experimentar una situación difícil. Aun así, dice que primero estás tan centrado en lo que hay que hacer, que no es hasta que has acabado y te has relajado un poco que eres capaz de darte cuenta de los sentimientos y de las emociones que surgen. Nos comenta que cuando uno está inmerso en la RCP es como si no hubiera nada más alrededor.

La tercera enfermera nos describe una situación personal, en la cual sabía que no había nada que hacer por la persona, pero que practicó la RCP ya que la madre de la persona afectada estaba presente y se sentía en la obligación moral de hacer algo. Para ella fue muy traumático dado que la víctima era una chica de su edad y se veía reflejada en ella. Comenta que es muy importante y que intenta mantener la mente en su sitio, pero que no te dejas de ver reflejado cuando tienes delante a una persona de tu edad. Fue una experiencia muy dura.

E.1: *Lo meu primer paro al Vall d'Hebron va ser una experiència una mica rara. Aquell pacient tenia la telemetria i se veu que les telemetries fallen a vegades... i se posen en zero de repent... i clar ja havia passat que a un altra pacient. De repent vaig veure que saltava i que posava zero però clar... jo anava tranquil·la perquè pensava que no i sí. Vaig entrar a l'habitació i la senyora estava fent com com un sorollet i tenia un color de cara molt feo. Corrents vaig començar a picar el timbre i a cridar: Paro! Paro! Paro! i vaig començar a fer-li les maniobres. Van vindre ciento y la madre érem allí. Després m'estaven demanant coses i hi havia molt material que jo no coneixia. Jo vaig fer tot lo que vaig poder. No sé, va ser una mica entre els nervis i que no estava preparada.*

Al principi jo anava molt perduda. I bueno... em va impactar molt quan se la van emportar perquè li van posar el Lucas. Al final la van reanimar i al cap d'uns dies la vaig tornar a tindre a planta i veure-la bé, sana me vaig emocionar i la vaig abraçar.

E.2: *Mira, a nivel profesional la que me ha marcado más fue un día que estaba en urgencias y teníamos un señor que no estaba bien y se estaba parando y esa me chocó mucho porque no sentí el apoyo médico por ese lado y fui a hablar con ellos y no me hicieron caso y cuando ya fuimos y empezamos a hacer maniobras ya era demasiado tarde. Y luego otra también con mi abuela, pero por suerte vinieron muy rápido el equipo, bueno el SEM, nada más que hicimos compresiones, tampoco puedes hacer nada más, en casa no tienes nada, nada. Y allí era estudiante, ay sí, en el momento sí me afectó. Ahora ya lo cuento como si fuese algo tan normal. Es una situación difícil, pero igualmente yo creo que en ese momento estás tan centrado en que tienes que hacerlo que no piensas. Piensas más cuando te has relajado y has acabado, que es cuando te da todo el sentimiento, todas las emociones, todo sale porque en el momento estás ofuscado, estás como si no hubiese nada más alrededor y solo estuviera eso.*

E.3: *Fue muy chocante. Estando en casa de mi madre de repente escuché a la vecina de enfrente que estaba pidiendo ayuda. Tenía una hija que tenía mi edad, 25, 26 años. ¡Se suicidó!, Se colgó del marco de la puerta de la habitación. Entonces entré y la propia madre la había descolgado de la puerta y estaba en el suelo. Evidentemente estaba en parada y llevaba rato. Yo sabía que llevaba rato porque había rigor mortis y tal. Sabía perfectamente que no había nada que hacer, pero sabía que tenía que hacer algo por su madre ¿no?. Cogí el teléfono y le pedí a su madre que llamara al 112, pero estaba en shock. Entonces puse el manos libres y me puse a hacer RCP. Me puse a hacer compresiones, simplemente compresiones y bueno, se puso el SEM al teléfono, le expliqué la situación y entonces ya vinieron luego los compañeros. Fue super traumático porque una chica de mi edad, era como*

si me viera yo, me vi un poco. No tengo problemas psicológicos... pero intento mantener la mente, que es muy importante, en su sitio, pero no te dejas de ver reflejado cuando tienes una persona de tu edad. Fue muy duro.

4. MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

4.1 Autocrítica

Después de una RCP fallida, las tres enfermeras coinciden en que se cuestionan el rigor técnico realizado y surgen en ellas dudas sobre si lo podrían haber hecho mejor.

E.1: Moltes vegades sí, tinc moltes dubtes.

E.2: Hombre sí. Yo creo que tras la realización de una RCP siempre tienes sentimientos de que lo hubieses podido hacer mejor. Yo creo que siempre se pueden mejorar cosas.

E.3: Siempre después de una RCP o de una situación así de crítica, siempre se hace un feedback o, por lo menos, siempre intento hacer un feedback con el equipo con el que estoy.

Las dudas que les surgen tras una RCP fallida y los sentimientos de poder mejorar son algunos de los aspectos que se tratan en el debriefing; apartado que analizamos en más profundidad a continuación.

4.2 Debriefing

El feedback del que habla la tercera enfermera se conoce como Debriefing. Aunque todas las enfermeras realizan el Debriefing después de una RCP fallida, tan solo una de ellas lo conoce por su nombre. Todas coinciden en que es muy útil y en que debería implantarse en todos los centros sanitarios, ya que es una herramienta que te permite mejorar de manera individual y como equipo a través de críticas constructivas. Así mismo, permite intercambiar emociones, sensaciones, impresiones y proporciona un apoyo moral muy necesario ante RCP fallidas.

Una de ellas incluso considera que debería realizarse siempre ante cualquier situación crítica o compleja, no solo ante una RCP, ya que ayuda a reestructurar la situación vivida, te une como equipo, te ayuda a conocerte a ti mismo y, en definitiva, a mejorar. En la misma línea de lo que nuestras entrevistas manifiestan, el estudio de Sjöberg y colaboradores encontraron que el Debriefing “debe ser visto a la luz de su propio valor con un enfoque específico en las experiencias del personal y emociones, y no sólo en la intención de identificar errores” (30).

Los beneficios del Debriefing también son nombrados por Ireland y colaboradores (2008) que aseguran que se ha demostrado que el Debriefing mejora la enseñanza del trabajo en equipo y la comunicación (38), así como por Cho (2015) que afirma que el Debriefing “tiene el beneficio de mejorar el comportamiento y fortalecer la cohesión del equipo para mejorar la calidad y la seguridad en la práctica clínica diaria” (37).

E.1: El Debriefing molt segura no sé lo que és, però jo penso que és quan fem RCP que ja acabem. Després ens juntem tot l'equip i pos parlem de podríem haver millorat això, això ho podríem fer així la pròxima vegada... Jo a la Residència d'avis no la vaig portar a terme en ningun . Te fa guanyar confiança amb els teus companys i te dones compte que no ets tu l'única que sents malament. Intentar explicar les emocions i sensacions i tot això com que afavoreix a la persona i també a l'hora de portar a terme una altra RCP i sigui exitosa o que la facis més ràpida o més bé. Jo ho posaria obligatòriament.

E.2: La verdad es que no (sé lo que es). Con las compañeras siempre se hace de manera informal. De manera formal se hace en casos muy concretos porque hay que ver qué es lo que ha fallado y mejorarlo y hacer críticas constructivas. Yo creo que se tendría que implantar de manera sistemática.

E.3 Un debriefing es, después de una situación crítica, reúnes al equipo para hacer un resumen de lo que hemos vivido y como hemos actuado, de aspectos que se podrían mejorar. Resumen de la situación vivida, de los sentimientos que sobre encontrados. Es super importante porque no deja de ser una herramienta que te ayuda a mejorar. Te diría que muchas veces se hace poco y es algo super necesario.

Desbiens J-F y Jaracz K documentan una gran variedad de comportamientos de afrontamiento para aliviar o suprimir las emociones creadas por el estrés sufrido después de una RCP fallida. Confirman que las enfermeras expuestas a eventos traumáticos demuestran diferentes estrategias conductuales de afrontamiento para prevenir el sufrimiento psicológico y mantener un estado de bienestar psicológico (35,36). En nuestro estudio observamos que, nuestras entrevistadas, aparte de hacer uso del Debriefing como técnica de afrontamiento, también hacen uso de otras actividades como el salir a caminar y hablar con los compañeros/as.

E.1: Jo me'n vaig a caminar i penso en les meves coses. També parlar-ho amb els companys després de fer la RCP ens sentem tots.

E.2: Yo sé que en el hospital hay una figura; un psicólogo. Nosotras personalmente utilizamos mucha terapia de grupo, es decir, sí, pero entre nosotras, de explicarnos, desahogarnos, contarnos... y a mí personalmente me viene bien.

E.3: Sobre todo... realizamos el Debriefing. Sobre todo, intentar exteriorizar aquello que has sentido, expresar tus emociones, si has sentido rabia, impotencia, miedo, frustración...

5. CONSEJOS PARA EL FUTURO

5.1 Formación en gestión emociones

Las tres entrevistadas expresan la necesidad de formación específica para gestionar las emociones vividas. Una de ellas incluso opina que debería ser algo impuesto y otra cree que en la universidad no se tiene en cuenta, puesto que no ha asistido a ningún seminario que lo haya contemplado. La tercera entrevistada sabe de la existencia de cursos para afrontar el estrés, pero no ha realizado ninguno. No sabe si son efectivos y cree que también depende mucho de qué tipo de formación se recibe, de cómo se recibe y de las habilidades de cada persona para poner en práctica lo aprendido.

La realización de cursos de formación de esta índole debería ser llevada a cabo con más asiduidad ya que en el estudio realizado por Coppens et al (2018) se concluyó que la integración de un curso sobre los principios de gestión de recursos en situaciones de crisis, en combinación con sesiones informativas en equipo en el entrenamiento con simulación “aumenta la autoeficacia y la eficacia del equipo”. Asimismo, se remarca que “la fase de Debriefing es la que más contribuye a estos efectos” (39), quedando así demostrada también la utilidad del Debriefing que defienden nuestras entrevistadas.

E.1: Jo trobo que s'hauria de fer més. En els quatre anys de carrera no he tingut cap seminari per a gestionar les meves emocions després de una RCP fallida. Crec que no se té en compte i crec que s'hauria de tenir en compte.

E.3: Sé que hay cursos de formación y hay cursos para afrontar el estrés y tal. No he hecho ninguno; no sé si realmente son efectivos o no porque depende mucho de la formación que haya y de cómo la recibas. También depende mucho de cada persona de como sea cada uno.

5.2 Formación en RCP

Todas las entrevistadas coinciden en que es necesario mejorar las formaciones a nivel práctico. Consideran que falta formación en los hospitales y en las universidades y que toda la población, formen parte o no del ámbito hospitalario, debería estar formada ya que afirma que una RCP bien hecha y temprana asegura casi al 100% que salga bien. Opinan que es necesario implantarlas en los colegios ya que, aunque parezca mentira, un niño puede llegar a salvar una vida. Aunque creen que hoy en día las formaciones son escasas, se está viendo una tendencia favorable a abrir este tipo de formaciones a toda la población, no solamente a los pertenecientes al ámbito sanitario. La información teórica está al alcance de todos, pero es la formación práctica la que debería mejorarse, ya sea con seminarios, cursos de reciclaje... para tenerla siempre reciente.

La necesidad de mejorar la formación práctica que describen nuestras entrevistadas, también aparece en los resultados del estudio de Sjöberg y colaboradores. El personal sanitario considera necesario la práctica de la reanimación cardiopulmonar ya que les proporciona una sensación básica de seguridad a la hora de aplicarla en situaciones reales (30).

E.1: Jo crec que les formacions de RCP s'haurien de dur a terme des de petits, al cole. Crec que són escasses. Se tindrien que portar molt més a terme i fer més seminaris per a què els sanitaris pues estiguessin més segurs a l'hora de fer un RCP.

E.2: Pues mira, yo opino que la formación no debería ser algo opcional, debería ser algo impuesto y algo que deberíamos de tener todos. Todos porque da igual en el servicio en que trabajes. Es algo que debería saber todo el mundo porque puede pasarle a cualquier persona por la calle y está asegurado que si una maniobra de RCP bien hecha y temprana asegura 100% casi que salga bien. Creo que falta que nos formen más por parte de los hospitales, por parte de las universidades. Yo creo que se pueden mejorar a nivel práctico.

E.3: Las formaciones de RCP a día de hoy creo que cada vez hay más cursos y creo que estamos en el paso en el que se está abriendo más a la población en general, no solo a nivel sanitario. Es algo necesario de cara a que lo implanten en los colegios. La formación en RCP, es super necesaria. A nivel laboral te diría que deberíamos hacer sesiones de reciclaje, pero estoy hablando de la práctica, para poder tener siempre fresco, como hacer una buena RCP.

5.3 Consejos futuras enfermeras

Por lo que a este punto se refiere, encontramos una asociación directa con la teoría de formación de Patricia Benner, en la cual hace referencia a que las habilidades necesarias para afrontar determinadas situaciones de la práctica enfermera se van adquiriendo progresivamente, a medida que nos vamos encontrando ante nuevas vivencias (45).

Los consejos que las entrevistadas dan a futuras enfermeras siguen una misma línea. Les hacen saber que el principio es duro, que es necesario esforzarse y formarse, pero que la experiencia les irá ayudando a sobrellevar situaciones complejas. Deben ser ellas mismas y no culpabilizarse ante resultados negativos. Tienen que aprender también a llevar a cabo una buena gestión de las emociones y usar el Debriefing para comunicarse y expresar sus sentimientos. Necesitaran tiempo y les aconsejan pedir ayuda y preguntar siempre mucho.

E.1: Doncs primer de tot, que siguin elles mateixes. Que si fan una RCP que facin front a aquesta situació, que intentin salvar a la persona i sobretot que la RCP surti bé o malament, això no defineix el teu grau de coneixements, de que si ets mala o bona infermera; tu has fet lo que pots i has de continuar cap endavant.

E.2: Yo el primer consejo es que pidan ayuda. Acaban de acabar la carrera, tenemos todo muy fresco, pero no tenemos las ideas claras. Que pregunten mucho. A nivel emocional, lo que ellas sientan no es algo malo, pero siempre tienen que intentar una buena gestión de sus emociones dentro de la personalidad de cada uno, porque cada uno tiene su forma de ser, pero tienen que aprender que lo que pasa en el trabajo se tiene que quedar en el trabajo. Tienes que dejar esa mochila atrás porque si no, vas a cargar una mochila tan grande que va haber un momento que no vas a poder más con la situación ni con la enfermería ni con nada.

E.3: Les diría que tranquilas, que al principio todo es muy duro, pero que se esfuercen, que se formen. Poco a poco con la experiencia adquirirán esas herramientas para afrontarse a situaciones así. Al principio es como muy duro, pero realmente luego adquieres capacidades y conocimientos que te ayudan a sobrellevarlo todo, que estén tranquilas que siempre hay una primera vez. Que no se castiguen porque sientan que lo hayan hecho mal, que nunca se sientan culpables, que no las hagan sentir culpables nunca y que utilicen el Debriefing para poderse comunicar, para poder expresar sus sentimientos, para que puedan sobrellevarlo mejor... y que con el tiempo podrán con todo lo que se propongan.

7. Conclusiones

Después de analizar las entrevistas podemos concluir que hemos cumplido el objetivo general que nos marcábamos; conocer las vivencias y los recuerdos de las enfermeras después de la realización de la RCP.

En relación a la hipótesis planteada podemos afirmar que las enfermeras que participan en RCP fallidas relatan sentimientos de tristeza, culpabilidad y rabia. Añadimos, además, que los sentimientos y sensaciones experimentadas ante sus primeras RCP son el nerviosismo, el desánimo, la tristeza, la frustración, el estrés, la impotencia y la decepción.

Así mismo, los sentimientos positivos tras una RCP exitosa, lamentablemente, son menos habituales ya que se asocian directamente a la supervivencia del paciente y, en ocasiones, dicha supervivencia no le garantiza tener una buena calidad de vida. En estos casos, surgen sentimientos contradictorios que se inician cuando se retoma el pulso del paciente, pero se desvanecen cuando son conscientes del largo tiempo que han pasado en hipoxia, con el consecuente deterioro cognitivo que esto conlleva. Por otra parte, ante una RCP exitosa las enfermeras entrevistadas también realizan una autocrítica, cuestionándose que quizá podrían haber hecho las cosas mejor o de una manera más rápida, aunque como el resultado es positivo esta crítica adquiere menos importancia.

Por lo que a los objetivos específicos se refiere, hay que tener en cuenta que, si bien las tres enfermeras trabajan en diferentes entornos hospitalarios, relatan vivencias, emociones y sentimientos parecidos. Si analizamos en detalle los apartados de resultados concluimos que:

- Los recuerdos durante la realización de una RCP son, en general, de prisas y nerviosismo, aunque durante la maniobra los pensamientos son exclusivamente sobre la reanimación. Una vez finalizada es cuando surgen las dudas y cuando se cuestionan el rigor técnico utilizado y los resultados obtenidos.
- Ante sus primeras RCP las tres entrevistadas describen las vivencias con adjetivos negativos y, por consiguiente, también surgieron en ellas sentimientos negativos. Así mismo, coinciden en la sensación de no tener los conocimientos adecuados y de haber podido estar más preparadas.
- Según los recuerdos de las tres enfermeras, afirman haber participado en más RCP fallidas que exitosas. Consultando la bibliografía hemos constatado que no es algo que ocurra por casualidad, dado que la tasa de supervivencia después

- de una RCP a día de hoy sigue siendo baja. Dado que las RCP fallidas son más habituales que las exitosas, hacen surgir serias dudas acerca el rigor técnico empleado, la profesionalidad y los conocimientos, aun habiendo realizado unas maniobras de calidad.
- Después de una RCP fallida, las técnicas de afrontamiento que más utilizan las tres participantes del estudio son el hablar con sus compañeros para darse apoyo mutuo, la realización de actividades que les permitan desconectar la mente del trabajo y el uso del debriefing. La experiencia les permite ir creando una serie de mecanismos internos que les permite afrontar eficazmente las vivencias y recuerdos más traumáticos.
 - Cuando se habla de la presencia de las familias en las RCP nuevamente las enfermeras coinciden en que es mejor que no estén presentes, salvo que se muestren tranquilas y permitan trabajar a los profesionales. En este aspecto, una vez finalizada la maniobra, cuando ésta ha resultado fallida, comentan que hay ciertas carencias a la hora de manejar este tipo de situaciones, en relación al acompañamiento de las familias.
 - En cuanto a las vivencias pasadas, las enfermeras afirman que sí que les condicionan ante nuevas RCP, aunque especifican que a veces también depende del equipo con quien se haya trabajado y la huella positiva o negativa que éste haya dejado. Los recuerdos no son los mismos cuando trabajas con una persona que lidera eficazmente, que cuando se pierden las maneras.
 - Ante determinadas RCP, el nivel de implicación emocional variará en función de las características del enfermero y del paciente, dado que en situaciones en que ambos tienen edades parecidas, el choque emocional suele ser más grande.
 - Por lo que a RCP en niños se refiere, aunque solamente una de ellas recuerda haber afrontado esta situación, las tres coinciden en que se trata de una experiencia antinatural, chocante y que la marca emocional que queda es mayor.
 - En cuanto a las formaciones en RCP todas ellas hacen hincapié en que se deberían realizar simulaciones y formaciones prácticas de manera más habitual ya que internamente, des de los centros sanitarios, no se les ofrecen tantas como consideran necesarias. Por lo que, en caso de querer formarse más, deben hacerlo de manera externa. Además, consideran que las simulaciones reales, realizadas de manera asidua, les generarían una mayor confianza y habilidad y les permitirían interiorizar mejor los conocimientos necesarios para ser inconscientemente competentes frente a una técnica de tal complejidad.
 - En relación a la formación de gestión de las emociones, las entrevistadas comentan que, a pesar de disponer de psicólogos expertos en el ámbito

hospitalario, prefieren realizar “terapia de grupo” de manera informal y entre iguales que han vivido la misma experiencia traumática y que pueden tener las mismas inquietudes, antes que recurrir a profesionales.

- Hemos comprobado que las tres enfermeras entrevistadas hacen uso del debriefing, aunque tan solo una lo conoce por su nombre. Esto nos pone de manifiesto la necesidad innata del ser humano de poder expresar y compartir las vivencias que le causan dolor, aflicción y preocupación como método para sentirse mejor. Dado las tensiones vividas por todo el equipo en el momento de la reanimación, es en el debriefing donde el equipo debería pararse, analizar y replantear los aspectos a mejorar. Concluimos así, que el debriefing debería implementarse de manera obligatoria en todos los centros sanitarios como método de reflexión, mejora y desahogo.
- Las entrevistadas coinciden en aconsejar a las futuras enfermeras para que se formen, se valoren, se esfuercen, confíen en ellas mismas y expresen sus sentimientos. Les aseguran que la experiencia les irá ayudando a superar situaciones complejas y de difícil gestión emocional.

Como conclusión final, nos gustaría remarcar la importancia del rol de la enfermera frente a una RCP, expuesto por una de las entrevistadas. Para ello, nos gustaría poner de manifiesto las múltiples responsabilidades y funciones asignadas a las enfermeras puesto que su papel es muy importante y, en ocasiones, poco reconocido. Entre estas funciones se encuentra la preparación y administración de la medicación, la inserción de catéteres intravenosos, la realización de compresiones torácicas, la preparación del material para la intubación, la preparación de la sedación, la monitorización de las constantes vitales y el acompañamiento emocional a la familia, entre otros. Todo esto ocurre en un ambiente de tensión, nerviosismo y prisas, donde cada segundo es de vital importancia para la supervivencia del paciente. Por ello, consideramos totalmente comprensible el hecho de que las enfermeras experimenten sensaciones de difícil gestión, tal como hemos descrito a lo largo del estudio, después de las vivencias y los recuerdos narrados por las entrevistadas.

8. Limitaciones y futuras líneas de investigación

En primer lugar, una de las dificultades que se nos encontramos en el trabajo fue el tamaño la muestra, ya que, con una muestra pequeña, como la nuestra, es difícil encontrar asociaciones relevantes y determinar conclusiones representativas. Al principio parecía que teníamos muchas candidatas, pero poco a poco cuando fuimos exponiendo el tema, se fueron tirando atrás, al no querer expresar sus vivencias. Otro punto que ha influido es el tiempo tan limitado del que disponíamos para la recogida de datos y análisis.

En segundo lugar, durante la realización de las entrevistas, el entorno de confianza creado con las entrevistadas y el hecho de mantener vinculo de amistad con ellas, hizo que la entrevistas fueran muy amenas, espontaneas y enriquecedoras. Sin embargo, nuestra falta de experiencia en este campo hizo que, en ciertos momentos, sobre todo, cuando tocábamos temas delicados o que nos sentíamos también reflejados, nos resultó difícil no dar nuestra opinión. Cosa que, pudo haber generado un sesgo en los resultados del estudio.

Por último, queremos remarcar la limitación bibliografía reciente en relación a la temática del estudio, ya que en ocasiones hemos tenido que introducir datos internacionales y en otros casos hemos ampliado el rango de antigüedad en de búsqueda.

9. Referencias bibliográficas

1. Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, Castren M, Handley A, Kuzovlev A, Monsieurs KG, Raffay V, Smyth M, Soar J, Svavarsdottir H. European resuscitation council guidelines 2021: basic life support. *Resuscitation*. 2021 Apr 1 [citado 20 de noviembre de 2022];161:98-114. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
2. Perkins GD, Graesner J-T, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021 Resumen ejecutivo [Internet]. *Semicyuc.org*. [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2021/09/RCP-Guias-ERC-2021-01-Resumen-Traduccion-oficial-CERCP.pdf>
3. Gräsner JT, Wnent J, Herlitz J, Perkins GD, Lefering R, Tjelmeland I, Koster RW, Masterson S, Rossell-Ortiz F, Maurer H, Böttiger BW. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe-Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation*. 2020 Mar 1 [citado 21 de noviembre de 2022];148:218-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.042>
4. Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IB, Wnent J, Masterson S, Lilja G, Bein B, Böttiger BW, Rosell-Ortiz F, Nolan JP, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines 2021: epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*. 2021 Apr 1 [citado 5 de noviembre de 2022];161:61-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
5. Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P, Druwé P, Blom M, Perkins GD, Lulic I, Djakow J, Raffay V, Lilja G, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*. 2021 Apr 1 [citado 29 de noviembre de 2022];161:408-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>
6. Hinderer KA. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2012 Jul 1 [citado 21 de noviembre de 2022];31(4):252-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/dcc.0b013e318256e0f1>
7. Las probabilidades de sobrevivir a una PCR se reducen a la mitad tras el sexto minuto - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. *Secardiologia.es*. 2013 [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/4619-probabilidades-de-sobrevivir-a-pcr-se-reducen-a-mitad-tras-sexto-minuto>

8. Navarro Rodríguez Zadis, Rodríguez Ciria Rafaela de la Caridad, Bigñot Favier Liudis, Romero García Lázaro Ibrahim, Ramírez Navarro Claudia María. Factores pronósticos de supervivencia en pacientes con reanimación cardiopulmonar en un servicio de emergencias. MEDISAN [Internet]. 2019 Abr [citado 23 noviembre 2022]; 23(2): 246-259. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000200246&lng=es.
9. Gempeler FE. Reanimación cardiopulmonar. Más allá de la técnica. Revista Colombiana de Anestesiología. 2015 Apr 1 [citado 23 noviembre 2022]; ;43(2):142-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334714001476>
10. Niño RN, Sanabria ML. La reanimación cardiopulmonar desde la experiencia del estudiante: estudio de caso. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2018 Apr 23 [citado 23 noviembre 2022];20(1). Disponible en: <https://doi.org/1.11144/Javeriana.ie20-1.rcee>
11. Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. Enferm Intensiva [Internet]. 2017 [citado 5 de noviembre de 2022];28(2):57-63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estudio-cualitativo-sobre-experiencias-emociones-S1130239916300736>
12. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria : Nuberos Científica : Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión [Internet]. Enfermeriacantabria.com. [citado 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/43>
13. Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE—27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. Resuscitation. 1 de agosto de 2016 [citado 24 de noviembre de 2022];105:188-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.06.004>
14. García-Martínez AL, Meseguer-Liza C. Actitudes de enfermeras de urgencias ante el concepto de reanimación presenciada. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2018 Sep 6[citado 5 de diciembre de 2022];26. Disponible en : <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1382.3055>

15. Citolino Filho CM, Santos ES, Silva RD, Nogueira LD. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015 [citado 9 de noviembre de 2022];49:907-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600005>
16. Tamayo Blanco D, Tamayo Blanco I, Benítez Sánchez E, Carrión Castillo V, García Despaigne N. Caracterización clínica de pacientes con parada cardiorrespiratoria. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2018 Dec [citado 14 de noviembre de 2022];47(4):0-. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572018000400005&lng=es.
17. UniWeb. International Liaison Committee on Resuscitation [Internet]. Ilcor.org. [citado 18 de enero 2023]. Available from: <https://www.ilcor.org/home/>
18. CCR [Internet]. Ccr.cat. [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://ccr.cat>
19. Pilar Giménez M. Suport vital bàsic (SVB) i ús de desfibril·ladors [Internet]. Xtec.cat. [citado 18 de enero 2023]. Available from: https://ioc.xtec.cat/materials/FP/Recursos/fp_iso_m10_/web/fp_iso_m10_htmlindex/media/fp_iso_m10_u2_pdfindex.pdf
20. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021, Traducción oficial del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) [Internet]. 2021 [citado 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://erc.edu/about>
21. Secuencia de acciones que posibiliten la supervivencia de una persona que sufre una emergencia sanitaria. La cadena de supervivencia o cadena de la vida [Internet]. Proyecto Salvavidas. 2021 [citado 24 de enero 2023]. Disponible en: <https://www.salvavidas.eu/blog/la-cadena-de-supervivencia-o-cadena-de-la-vida>
22. Guía de soporte vital básico y DEA, Ed. 2018. Instituto de Formación de Emergencias. [citado 28 de enero 2023]. Disponible en: https://www.eiaf.unileon.es/files/2018/12/pdf_guia-soporte-vital-basico.2016.pdf
23. Soar J, Böttiger BW, Carli P, Couper K, Deakin CD, Djärv T, Lott C, Olasveengen T, Paal P, Pellis T, Perkins GD. European resuscitation council guidelines 2021: adult advanced life support. *Resuscitation*. 2021 Apr 1 [citado 18 de enero 2023];161:115-51. Disponible en: <https://cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Ad.pdf>
24. ANZCOR guideline 11.2 -protocols for adult advanced life support [Internet]. Org.nz. 2017 [citado 26 de febrero de 2023]. Disponible en:

- <https://www.resus.org.nz/assets/Uploads/ANZCOR-Guideline-11.2-Protocols-June17.pdf>
25. Lefcourt HM, Davidson K, Prkachin KM, Mills DE. Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks. *Journal of Research in Personality*. 1997 Dec 1 [citado 23 de febrero de 2023];31(4):523-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1006/jrpe.1997.2191>
 26. Hirsch CD, Barlem EL, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Oliveira AC. Predictors of stress and coping strategies adopted by nursing students. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015 May [citado 16 de febrero de 2023];28:224-9. Disponible en : <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500038>
 27. Pulido-Martos M, Augusto-Landa JM, Lopez-Zafra E. Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*. 2012 Mar [citado 22 de marzo de 2023];59(1):15-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>
 28. Del Prato D, Bankert E, Grust P, Joseph J. Transforming nursing education: a review of stressors and strategies that support students' professional socialization. *Advances in Medical Education and Practice*. 2011 May 6 [citado 22 de marzo de 2023];109-16.. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S18359>
 29. Koželj A, Šikić Pogačar M, Fijan S, Strauss M, Poštuvan V, Strnad M. Exploring the Feelings of Nurses during Resuscitation—A Cross-Sectional Study. *InHealthcare* 2021 Dec 21 [citado 12 de marzo de 2023]; (Vol. 10, No. 1, p. 5). MDPI. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10010005>
 30. Sjöberg F, Schönning E, Salzmänn-Erikson M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*. 2015 Sep [citado 11 de marzo de 2023];24(17-18):2522-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12844>
 31. Spencer SA, Nolan JP, Osborn M, Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*. 2019 Sep 1 [citado 18 de marzo de 2023];142:175-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.280>
 32. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2007 Apr 1 [citado 2 de marzo de 2023];175(7):693-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC>

33. McMeekin DE, Hickman Jr RL, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. *American Journal of Critical Care*. 2017 Mar [citado 12 de abril de 2023];26(2):128-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2017916>
34. Ganz FD, Kaufman N, Israel S, Einav S. Resuscitation in general medical wards: who decides?. *Journal of clinical nursing*. 2013 Mar [citado 14 de abril de 2023];22(5-6):848-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04240.x>
35. Desbiens JF, Fillion L. Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*. 2007 Jun [citado 3 de abril de 2023];13(6):291-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.6.23746>
36. Jaracz K, Gorna K, Konieczna J. Burnout, stress and styles of coping among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst*. 2005 Jan 1 [citado 9 de abril de 2023];50(Suppl 1):216-9. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=57c3ce8bde4b6befb6a33524ddd4e7a4559de2c6>
37. Cho SJ. Debriefing in pediatrics. *Korean Journal of Pediatrics*. 2015 Feb [citado 25 de abril de 2023];58(2):47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3345/kjp.2015.58.2.47>.
38. Ireland S, Gilchrist J, Maconochie I. Debriefing after failed paediatric resuscitation: a survey of current UK practice. *Emergency Medicine Journal*. 2008 Jun 1 [citado 6 de mayo de 2023];25(6):328-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2007.048942>
39. Coppens I, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D. The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*. 2018 Jan [citado 1 de mayo de 2023];27(1-2):77-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13846>
40. Salamanca Castro AB. *Aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: Fuden; 2013.
41. Casadó L, Delgado P. Metodología cualitativa aplicada a la recerca en salut i els cuidatges. *Investigació en infermeria : teoria i pràctica*. 2015. 87-114 p.
42. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. *Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona:

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
2014 Sep.

43. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007 [citado 1 de diciembre de 2022];13(13):71-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>
44. BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boe.es. 2021 [citado 10 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
45. Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2018 Jun [citado 15 de mayo de 2023];34(2).Di Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015&lng=es. Epub 01-Jun-2018.

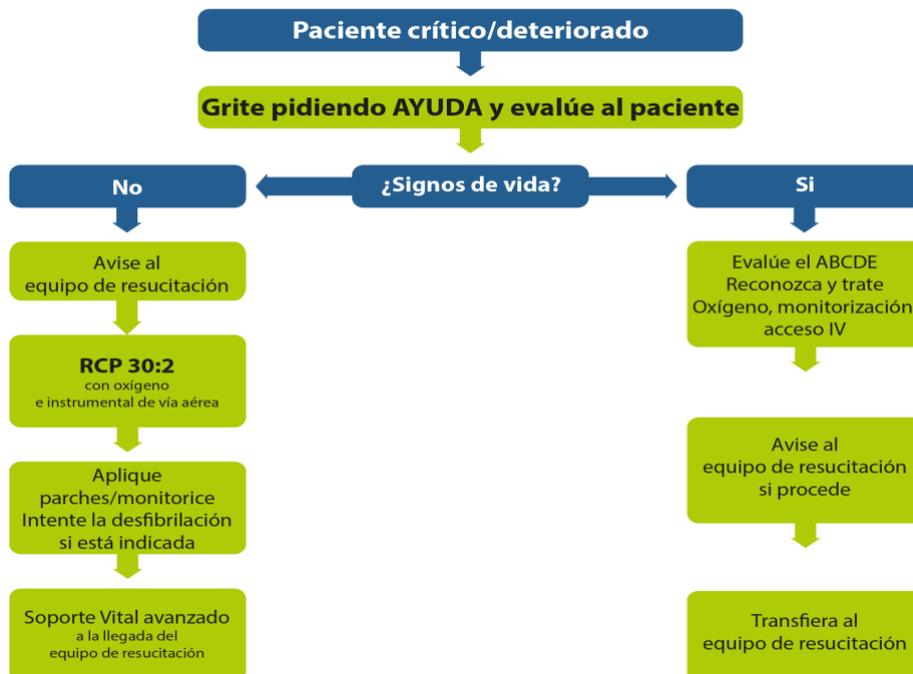
10. Anexos

Anexo I - Cronograma

TFG 2022-2023	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tutorías académicas										
Búsqueda bibliográfica										
Justificación del estudio										
Diseño del TFG										
Elaboración del guion entrevistas										
Realización de entrevistas										
Transcripción										
Análisis e interpretación										
Entrega borrador										
Deposito del TFG										
Defensa del TFG										

Cronograma de Trabajo de Final de Grado (Fuente: Elaboración propia)

Anexo II - Algoritmo de resucitación en el hospital Resucitación en el hospital



Algoritmo de resucitación en el hospital. ABCDE: (Fuente: Consell Català de Ressucitació)

Anexo III - Algoritmo de Soporte Vital Avanzado



SOPORTE VITAL AVANZADO

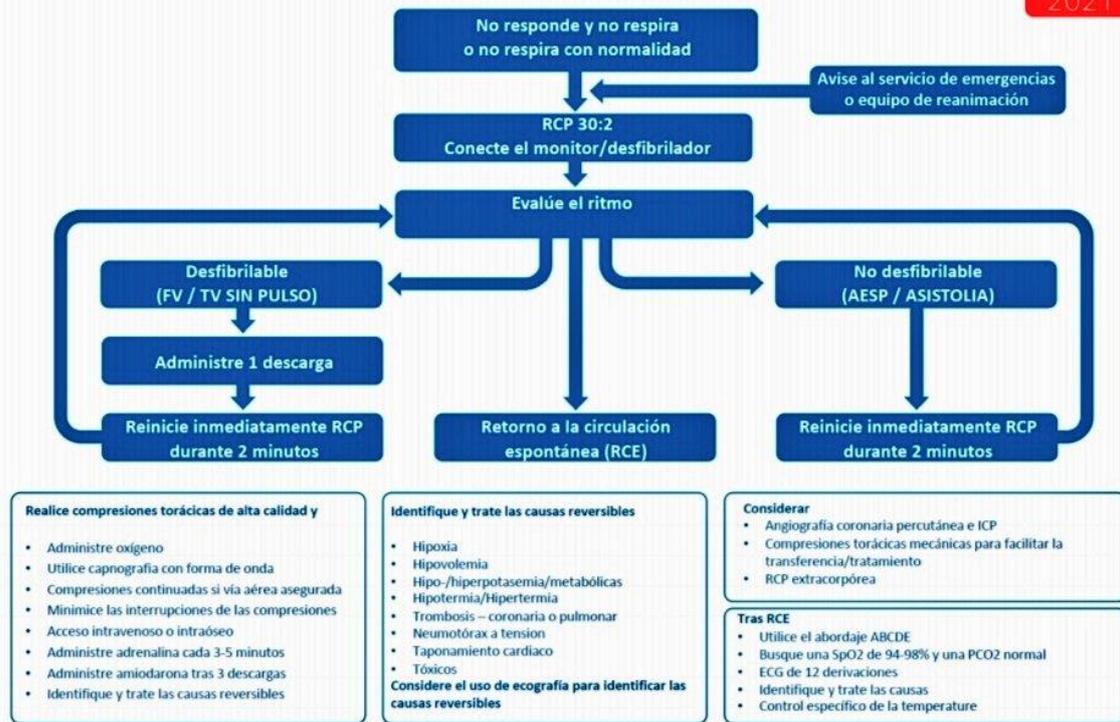


Figura 8: algoritmo de SVA

Soporte Vital avanzado 2021 (Fuente: Consell Català de Ressucitació)

Anexo IV- Formato de entrevista semiestructurada

1. ¿Cuántos años tiene? ¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando como enfermera? ¿En qué unidad trabaja actualmente? ¿Y antes?
2. ¿Cómo fue su primera experiencia durante la realización de la RCP? ¿Como se sintió durante? ¿Y después?
3. ¿De cuántas RCP aproximadamente ha sido partícipe? ¿Ha realizado más RCP fallidas o exitosas? ¿Después de una maniobra de RCP fallida cuestiona el rigor técnico realizado o siente dudas al respecto?
4. ¿Qué emociones inmediatas experimenta tras una reanimación cardiopulmonar fallida? ¿Y después de una exitosa? ¿Emocionalmente, en que cree que le pueden interferir experiencias anteriores?
5. ¿Ha realizado alguna vez una RCP a un niño o adolescente? En caso afirmativo, ¿qué emociones experimentó? ¿Considera que éstas son diferentes a cuando se trata de un adulto?
6. ¿Qué experiencia le ha marcado más? ¿Ha realizado alguna vez una RCP a algún conocido o persona cercana? ¿Cómo lo vivió?
7. ¿Qué opina sobre una formación específica para gestionar las emociones vividas? ¿Qué actividades de afrontamiento del estrés realiza después de una RCP fallida? ¿Funcionan para sentirse mejor?
8. ¿Cómo definiría las formaciones de RCP? ¿Cree que se podría mejorar en algún aspecto?
9. ¿Cómo se siente ante la presencia de familiares durante la RCP? ¿Cómo definiría la comunicación con ellos después de una RCP fallida?
10. ¿Sabría explicarme qué es el “debriefing”? ¿Después de una RCP fallida lo llevan a cabo? ¿Lo considera importante? ¿Por qué?
11. ¿Cómo le afecta a nivel personal la realización de una RCP? ¿En la unidad en la que trabaja, disponen de ayuda psicológica tras un exitus o suceso traumático? ¿Ha hecho uso de estas ayudas?
12. ¿Qué consejo les daría a futuras enfermeras en relación a la gestión de emociones sobre este tema?

Anexo V- Convenciones de transcripción de Jefferson

Convenciones de transcripción de Jefferson¹

SÍMBOLO	NOMBRE	USO
[texto]	Corchetes	Indica el principio y el final de solapamiento entre hablantes. Pienso que no [puedo] [no puedes] hacerlo
=	Signo de igual	Indica un cambio de turno sin interrupción. Quiero decirte que= =que te tienes que marchar
(# de segundos)	Pausa	Un número entre paréntesis indica la duración, en segundos, de una pausa en el habla. (0.3) (2.3)
(.)	Micropausa	Una pausa breve, normalmente menos que 0.2 segundos
. o ↓	Punto o flecha hacia abajo	Preceden a una bajada marcada de entonación.
? o ↑	Signo de interrogación o flecha hacia arriba.	Precede a una subida marcada de entonación.
,	Coma	Indica una subida o bajada temporal en la entonación.
-	Guión	Indica una finalización brusca o la interrupción brusca de una palabra o sonido. Claro-
>texto<	Símbolos de mayor que / menor que	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más rápida de lo habitual para el hablante
<texto>	Símbolos de menor que / mayor que	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más lenta de lo habitual para el hablante
°	Símbolo de graduación	Indica susurro o expresiones más silenciosas que el resto. Es que *no quería hacerlo*
MAYÚSCULAS	Texto en mayúsculas	Indica grito o expresiones más sonoras que el resto.
<u>subrayado</u>	Texto subrayado	Indica palabras o partes de palabras que son acentuadas por el hablante.
:::	Dos puntos(s)	Indican la prolongación del sonido inmediatamente anterior. Fantás:::tico

SÍMBOLO	NOMBRE	USO
(hhh)		Exhalación audible
? o (.hhh)		Inhalación audible
(texto)	Paréntesis	Fragmento incomprensible o del que se tienen dudas. Puede estar vacío o poner lo que se cree haber oído. Puede ir acompañado de especificación de tiempo. (no comprensible 3.4)
((<i>cursiva</i>))	Doble Paréntesis	Anotación de actividad no-verbal ((<i>sonríe mientras habla</i>))
(x)		Duda o tartamudeo Yo (x) yo creo que
£palabras£	Libra esterlina	El símbolo de libras esterlinas encierran mensajes en "voces de sonrisa"

Convenciones de Jefferson (Fuente: *Jeffersonian Transcription Notation as described in Jefferson, Gail 1984*).

Anexo VI - Formato consentimiento informado.

Consentimiento Informado para participar en la investigación

La finalidad de la presente entrevista es ser utilizada en el estudio cualitativo del Trabajo de Final de Grado que llevan a cabo los estudiantes Borja Cañabate Corral y Marc Mora Serra de la Universidad Rovira y Virgili, Campus Catalunya. Dicho contenido será incluido en su trabajo con el objetivo de conocer las vivencias y recuerdos de las enfermeras tras una reanimación cardiopulmonar.

Por ello, Yo _____, con DNI _____ voluntariamente, acepto participar en este estudio de investigación.

- Entiendo que incluso si acepto participar ahora, puedo retirarme en cualquier momento o negarme a responder cualquier pregunta sin consecuencias de ningún tipo.
- Me han explicado por escrito el propósito y la naturaleza del estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio.
- Entiendo que la participación involucra relatar mis vivencias, recuerdos, sensaciones, emociones y experiencias en torno a la realización de RCP como enfermera.
- Entiendo que no me beneficiaré directamente de participar en esta investigación.
- Acepto que mi entrevista sea grabada en audio.
- Entiendo que toda la información que proporcione para este estudio será tratada de forma confidencial.
- Entiendo que en cualquier informe sobre los resultados de esta investigación mi identidad permanecerá en el anonimato.
- Esto se hará cambiando mi nombre y ocultando cualquier detalle de mi entrevista que pueda revelar mi identidad o la identidad de las personas de las que hablo.
- Entiendo que extractos de mi entrevista pueden ser citados en el trabajo de grado, disertación, presentación de conferencias y publicaciones.
- Entiendo que bajo la legalización de la libertad de información tengo derecho a acceder a la información que he proporcionado en cualquier momento mientras está almacenada como se especifica anteriormente.
- Entiendo que soy libre de contactar a cualquiera de las personas involucradas en la investigación para buscar más aclaración e información.

- Según la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de este trabajo.

Nombre y firma del participante:

Fecha y lugar:

Nombre y firma de los entrevistadores:

Anexo VII – Transcripció de las entrevistas

Entrevista enfermera 1

ENTREVISTADOR: Vale, doncs comencem l'entrevista?

E.1: Vale.

ENTREVISTADOR: Quants anys tens?

E.1: 27, Bueno::: ara al setembre en faré 28-

ENTREVISTADOR: Quants anys d'experiència tens treballant com a infermera?

E.1: Pues::: 4 anys.

ENTREVISTADOR: Molt bé, en quina unitat treballes actualment?

E.1: Actualment estic treballant aquí a Joan XXIII a la planta de Cardiologia i Neuro i Ictus.

ENTREVISTADOR: I abans havies treballat en alguna altra unitat o algun altre lloc sanitari?

E.1: Sí, vaig treballar dos anys en una Residència d'avis, després vaig estar 6 mesos al Vall d'Hebron, a la unitat de:::bueno::: a l'àrea del cor::: a Cardiologia i ara porto un any i mig aquí a Tarragona.

ENTREVISTADOR: Com va ser la primera experiència durant la realització d'una RCP?

E.1: Vale(.) doncs la meva primera experiència va ser a la Residència d'avis que em van avisar de que una dona s'havia marejat al WC::: i corrents la vaig portar cap a Infermeria, vaig veure que tenia les pulsacions baixes i vaig trucar corrents al SEM i estava jo sola i bueno::: mentres estava parlant amb el SEM la senyora va entrar en parada cardiorrespiratoria i bueno::: pues corrents vaig anar a buscar ajuda als companys i no res::: la vam tombar a la camilla, ja ho vam fer malament i vam començar... <bueno no tenia pols ni res la senyora> i vam començar a fer RCP.

ENTREVISTADOR: I com te vas sentir durant aquestes maniobres i després de les maniobres de RCP?

E.1: Durant em vaig sentir com si no sé com::: si estigués en un somni com si no fos real aquella situació. Era una situació molt no sé... molt rara. Que tants anys a la carrera estudiant cursets de primers auxilis, era la primera vegada que la portava a terme i estava com un flam, estava super nerviosa, i després::: bueno després me vaig sentir fatal o sigui::: super desanimada perquè la RCP no va sortir bé::: la senyora no va sortir cap endavant i clar... jo era la que coneixia la seua família i Bueno, me vaig sentir molt trista.

ENTREVISTADOR: De quantes RCP aproximadament has sigut partícip?

E.1: Doncs::: aproximadament he sigut de 15 durant estos anys-

ENTREVISTADOR: I has realitzat més RCP fallides o exitoses?

E.1: A la Residència fallides...:no cap ha sigut exitosa. Al Vall d'Hebron totes les que he participat han sigut exitoses i aquí a Tarragona també... bueno:: °va haver una que va morir-se^o

ENTREVISTADOR: Després d'una maniobra de RCP fallida, qüestions el rigor tècnic realitzat o sents dubtes al respecte?

E.1: Bueno, emmm::: jo el primer que faig és mirar el pols a veure si la persona està bé i em poso a fer el primer la RCP....perquè això que vinguin tots els metges a demanarte coses °fa una mica de respecte^o::: perquè o sigui::: jo em coneixo el material però clar... en aquell moment, estàs tan nerviós que no que vas buscant que no saps i moltes vegades si tinc moltes dubtes.

ENTREVISTADOR: Eeeee::: quines emocions immediates experimentes després d'una reanimació cardiopulmonar fallida?

E.1: Pues emmmm:::sento com °que ho podria haver fet millor^o...com que n'hi ha algo en que he fallat... o que... bueno... algo que se m'ha passat per les mans, que no he fet bé algo... °em sento una mica culpable^o.

ENTREVISTADOR: I després d'una RCP exitosa?

E.1: Doncs(.) tot lo contrari, perquè penso.... bua! he salvat a la persona mmm... me sento super completa (risas). Lo que passa que igualment a vegades és emmm... en aquell moment estàs tan nerviosa que penses a lo millor podria haver sigut més ràpida però bueno, com que ha sigut exitosa no tant.

ENTREVISTADOR: I a nivell emocional o sigui... emocionalment en què creus que et pot interferir experimentar experiències anteriors?

E.1: Mmmm... vale, jo crec que emocionalment mmm... més que res és perquè tu portes a este pacient, i tu ja el coneixes de temps atras i quan li estàs fent l RCP i veus que no el salves pues °emocionalment te sents molt malament^o i tu vas sempre en la por no::: en la coqueta al pit de i si passa i no el pots salvar saps?, no sé:::

ENTREVISTADOR: Però experiències anteriors a nivell d'haver tingut experiències amb RCP que dius em pot condicionar emocionalment el fet d'haver fet alguna RCP anterior, no? Vull dir experiències anteriors aquí es refereix a que alguna vegada pues he pogut fer una RCP i anterior i no m'ha sortit bé i aquella ja m'està condicionant la d'ara:::

E.1: Clar- hi ha vegades que clar les primeres RCP com que a la Residència van ser totes fallides ja quan vaig arribar al Vall d'Hebron i n'hi havia RCP pensava segurament que ho faré malament, segurament que no el salvaré, °segurament que bueno^o:::

ENTREVISTADOR: Ja vas condicionada no?

E.1: Sí, sí-

ENTREVISTADOR: Vale, mira... Has realitzat alguna vegada la RCP a un nen o adolescent?

E.1: No-

ENTREVISTADOR: No, com que diu en cas afirmatiu quines experiències i no hi ha hagut RCP a nens doncs... no podem preguntar per les emocions que vas experimentar però, consideres que són diferents les emocions que envolten al fer la RCP a un nen o adolescent?

E.1: Sí, perquè tu a un li fas trobo::: que quan tu li fas la RCP a un nen o a un adolescent tu penses que aquella persona té tota una vida per davant per viure, en canvi tu li fas una RCP a un abuelet de 90 anys i dius mira... ja ho té tot fet, ja té fills, ja ho té tot...

ENTREVISTADOR: Li toca?

E.1: És diferent... I també te poses en la pell dels pares que ho deuen estar passant malament.

ENTREVISTADOR: Quina experiència t'ha marcat més? Has realitzat una RCP a una persona propera?

E.1: No-

ENTREVISTADOR: I alguna que t'hagi marcat més? Que recordis especialment de dir..."ostia" perquè li tenies carinyo o li tenies aprecí?

E.1: Bueno::: °lo meu primer paro al Vall d'Hebron va ser una experiència una mica rara° perquè bueno... aquell pacient tenia la telemetria, <la famosa telemetria posada>... i no sé::: deu minuts abans o vint minuts abans, se veu que les telemetries fallen a vegades... i se posen en zero de repent... i clar ja havia passat que a un altra pacient se li havia posat en zero "allabontes"::: a mi en aquell moment... me tocava estar pues vigilant les telemetries de mentres registrava a l'ordinador.

ENTREVISTADOR: Vale...

E.1: I de repent vaig veure que saltava i que posava zero però clar... jo estava tranquil.la perquè pensava...

ENTREVISTADOR: És parche o qualsevol coseta, oi?

E.1: Però clar... >posava taquicàrdia ventricular i al veure un zero dic< sin pulso? i vaig dir no, a mi això no me quadra... "allabontes" si te dic la veritat, jo anava tranquil.la perquè pensava que no i si ...<no, no>...vaig entrar a l'habitació i la senyora estava fent com un GRRRR, com un sorollet i estava ja blau no sé si com tenia un color de cara molt feo i corrents vaig començar a picar el timbre i a cridar PARO, PARO, PARO i vaig començar encara que jo no tenia la taula posada baix del llit ni res(.) vaig començar a fer-li les maniobres i no res, corrents les meves companyes es van posar la tabla, van començar a fer RCP i a buscar lo carro de paros. Van vindre bueno... >ciento y la madre erem allí< i bueno::: després se va posar una altra doctora a fer la RCP, després m'estaven demanant coses (.) vulguis o no era el meu primer RCP a l'hospital i hi havia molt material que jo no coneixia com per exemple... me va demanar un tubo per intubar

i li vaig passar un tubo de Guedel::: coses així. Després carregar la medicació, no sé jo vaig fer tot lo que vaig poder, no sé va ser una mica entre els nervis i que no estava preparada.

ENTREVISTADOR: I tanta gent, com creus que hi havia coordinació o no? Perquè al final és una situació que tothom vol ajudar però creus que al final se porta un ordre?

E.1: Al principi no- Al principi jo anava molt perduda, tots parlant, tots no sé què:::Un deia una cosa un altra una cosa i jo allà...^o al mig com petita^o a vore... primer un i després l'altre i al final li vaig dir a la companya mira tu fes cas a este i jo faig cas a esta i ja mos aclarirem(.) I bueno... em va impactar perquè bueno me va impactar molt quan se la van emportar perquè li van posar el Lucas.

ENTREVISTADOR: Síiii(.)

E.1: Bueno que al final la van reanimar i al cap d'uns dies la vaig tornar a tindre a planta i veure-la bé, sana, com a que pues no sé me vaig emocionar(.) i la vaig abraçar i li vaig >dir pues mira< jo em vaig donar compte que t'havia passat això i ha sigut la meva primera vegada i la dona super agraïda.

ENTREVISTADOR: I què opines sobre la formació específica per a gestionar les emocions viscudes?

E.1: Jo trobo que s'hauria de fer més::: i jo els quatre anys de carrera no he tingut cap seminari per a gestionar les meves emocions després d'una RCP fallida, no fallida, crec que no se té en compte (.) i crec que s'hauria de tenir en compte-

ENTREVISTADOR: I les activitats d'afrontament de l'estrès després d'una RCP fallida?

E.1: Jo me'n vaig a caminar- Me'n vaig a caminar(.) i penso en les meves coses:::

ENTREVISTADOR: I funcionen per a sentir-te millor?

E.1: Sí- I també::: bueno::: parlar-ho amb els companys després de fer la RCP ens sentem tots i bueno::: allí al Vall d'Hebron ho fèiem > i aquí a Tarragona no ho fem<, no ho hem fet mai(.) I mos senten i parlem doncs mira, podíem haver fet això, no sé què:::

ENTREVISTADOR: Correcte, sí, sí::: Com definiries les formacions de RCP? Es podria millorar algun aspecte?

E.1: Jo crec que les formacions de RCP s'haurien de dur a terme des de petitets, al cole perquè pareix una tonteria::: però un nen pot arribar a salvar una vida::: i jo crec que són formacions que a tothom tard o d'hora les tindrien que portar a terme(.) i >molta gent que veus pel carrer tu li dius que és una RCP o que faries si veus que una persona< pues no sé a lo millor ni trucaria a l'ambulància::: i se podria salvar a molta gent per això(.) que crec que són escasses i que se tindrien que portar molt més a terme i fer més com a més seminaris per a què els sanitaris pues estiguessin més segurs a l'hora de fer un RCP perquè per exemple... jo abans d'entrar al Vall d'Hebron que estava en una planta de cardiologia <no vaig fer cap seminari de si tens un paro >has de fer això,

i no m'ho van explicar::: és en plan tu vas a fer el massatge cardíac i ja vas a l'aventura igual que aquí a Tarragona igual que...

ENTREVISTADOR: I durant les maniobres de RCP, com et sents quan hi ha la presència de familiars de l'afectat o de la persona en parada?

E.1: Jo els faig fora- jo penso en mi mateixa en que si veig com li fan la RCP a mon pare me posaria fatal, pos jo els hi dic::: sortiu a fora, que ara després passareu.

ENTREVISTADOR: Per a poder centrar-te i estar més concentrada i no notar més pressió de la que toca?

E.1: <Està mal dir-ho> però a vegades els familiars estan al límit::: i donen més faena que menos:::

ENTREVISTADOR: I com definiries la comunicació amb ells, després d'una RCP fallida?

E.1: Jo, per exemple, jo no sóc la que parla en ells perquè ha de ser el metge però clar::: jo després tinc que anar a donar la cara i "allabontes"::: jo intento ser comprensible i me poso en la seva pell i els hi dic en plan::: MIRA HO HEM INTENTAT::: i al final no ha pogut ser i bueno::: °amb sinceritat, no s'ha d'amagar res°.

ENTREVISTADOR: Em sabries explicar què és el Debriefing després d'una RCP fallida? Com ho porteu a terme el tema de la formació que has fet i si es considera important?

E.1: El Debriefing molt segura no sé lo que és::: però jo penso que °és quan fem RCP que ja acabem després ens juntem tot l'equip° i pos::: parlem de podríem haver millorat això:::això ho podríem fer així la pròxima vegada::: has de cridar el cardio, la pròxima vegada has de portar primer el carro de paros:::

ENTREVISTADOR: Molt bé, és això, és això, correcte.

E.1: Bueno::: jo a la Residència d'avis °no la vaig portar a terme en ningun° és més:::allí ningú es va preocupar per mi, de preguntar-me MIRIAM COM ESTÀS? Miriam en què és lo que ha fallat? Res::: però per exemple al Vall d'Hebron sí que quan feien una RCP o algo després com que ens assentaven totes les infermeres i sí que ens fèiem com a "apoyo" moral::: i com a que <parlàvem de com ens havíem sentit,> què és lo que més temor m'havia fet, de què faries tu la pròxima vegada, què podríem haver fet? no sé(.) què milloraríem::: i bueno després tot això::: ho fèiem de mentres fèiem el checking del carro de paros-

ENTREVISTADOR: I consideres que això s'hauria d'implantar a tots els llocs? perquè dius que hi ha Hospitals on no es realitza::: i clar a tu et trobes que et funciona i al final no t'ho guardes tot per a tu, entenc no?

E.1: Sí (.) "Además" que també te fa guanyar confiança amb els teus companys i te dones compte que no ets tu l'única que et sents malament-

ENTREVISTADOR: Molt bé.

E.1: Si no ::que poseu tots de la vostra part i intenteu explicar les emocions i sensacions i tot això com que afavoreix a la persona i també a l'hora de portar a terme una altra RCP i sigui exitosa o que la fagis més ràpida o més bé-

ENTREVISTADOR: Creus que llavors podries dir que el Debriefing t'ajuda més a agafar confiança en tu mateix i=

E.1: =a millorar:::

ENTREVISTADOR: Llavors això és positiu per a un futur?

E.1: Sí, sí (.) Jo ho posaria obligatòriament-

ENTREVISTADOR: Molt bé=

E.1: =Perquè està molt bé la veritat-

ENTREVISTADOR: Com t'afecta a nivell personal la realització d'una RCP? És a dir la unitat on treballes disposa d'ajuda psicològica després d'un Èxitus o un succés traumàtic?

E.1: Eeee::: <a nivell personal> les primeres RCP jo me matxacava molt el cap PERÒ MOLTÍSSIM::: i arribava a casa i plorava i pensava que no ho havia fet bé, i fins i tot vaig arribar a pensar, que no era bona infermera però ja te dic que després a les que són exitoses ostres pos TE SENTIS BÉ- i crec que ajuda psicològica tras un Èxitus o un succés traumàtic a cap lloc::: ni a la Residència que he estat, i al Vall d'Hebron tampoc i si ho tenen, de moment no m'han ofert res-

ENTREVISTADOR: Val, has fet servir alguna d'aquestes ajudes d'afrontament posterior a la reanimació fallida?

E.1: No-

ENTREVISTADOR: I si en tinguessin? La faries servir?

E.1: Sí::: perquè moltes vegades també és lo que diguéssim te porta a millorar i descarregar.

ENTREVISTADOR: I quin Consell els hi donaries a futures infermeres en relació a la gestió d'emocions sobre aquest tema?

E.1: Doncs primer de tot ::que siguin elles mateixes, que si fan una RCP que(.) per favor que no marxin, que facin front a aquesta situació, que no marxin i que intentin salvar a la persona(.) i sobretot que la RCP surti bé::: o malament::: això no defineix el teu grau de coneixements, de que si ets mala o bona infermera, TU HAS FET LO QUE POTS i has de continuar cap endavant-

ENTREVISTADOR: Molt bé::: Vols afegir alguna cosa abans de finalitzar l'entrevista? Voldries afegir algo que creguis que ens haguéssim deixat? O algo que volguéssis remarcar o això?

E.1: No- està molt bé.

ENTREVISTADOR: Doncs ja hem acabat l'entrevista, gràcies atendre'ns i gràcies per a la teva amabilitat.

E.1: Moltes gràcies a vosaltres.

Entrevista infermera 2

ENTREVISTADOR: Bueno pues empezamos la entrevista(.) Buenas tardes E.2.

E.2: Buenas tardes:::

ENTREVISTADOR: Eh::: bueno estamos aquí para realizar la entrevista que te hemos comentado acerca de las vivencias y sentimientos de las enfermeras tras la realización de una RCP, ¿de acuerdo?

E.2: Sí-

ENTREVISTADOR: Te hemos dado el consentimiento informado, ¿lo has leído? ¿estás conforme con todo no?

E.2: Estoy conforme con todo-

ENTREVISTADOR: Seguimos adelante::: ¿En cualquier momento puedes interrumpir la conversación o incluso no contestar si no quieres, de acuerdo?

E.2: De acuerdo-

ENTREVISTADOR: Venga pues empezamos::: Ehhhh::: cuéntanos un poquito, cuántos años tienes?

E.2: Me llamo E.2, tengo 27 años y llevo ejerciendo como enfermera 5 años.

ENTREVISTADOR: Muy bien::: ¿En qué unidad trabajas actualmente?

E.2: Actualmente trabajo en una unidad de medicina interna::: pero anteriormente he estado trabajando en el servicio de UCI y Urgencias.

ENTREVISTADOR: Muy bien::: ¿Tu primera experiencia durante la realización de una RCP cómo fue? ¿Cómo te sentiste?

E.2: A ver, la primera experiencia en la realización de RCP ^ofue de prácticas^o, fue de estudiante::: y la verdad que como estudiante pues es una vivencia muy desagradable::: porque no tienes los conocimientos adecuados, te sientes un poquito a la sombra y la verdad es que <no fue muy agradable la verdad>.

ENTREVISTADOR: Y::: siendo partícipe activamente en una RCP::: ¿cuál fue tu primera vez?

E.2: Mi primera vez fue creo::: al muy poco de acabar la carrera::: o sea muy poquito creo que llevaba trabajando::: un mes o así y fue la primera vez que ya fui::: [titular] (Risas)

ENTREVISTADOR: [titular] (Risas)

E.2: Titular:: de una RCP junto a todo el equipo con el equipo médico y demás y bueno la experiencia-

ENTREVISTADOR: ¿Sensaciones::?

E.2: <Las sensaciones fueron muy dispares>. Una sensación de pensar:: al principio que lo tienes todo controlado:: pero cuando la cosa no va evolucionando bien es muy complicado porque ^ote sientes frustrada^o:: te sientes que no tienes la experiencia suficiente. (.) que no tienes los conocimientos suficientes y es complicado-

ENTREVISTADOR: Muy bien(.) eee:: bueno entrando en temas de Rcp:: ¿cuántas crees que aproximadamente has sido partícipe?

E.2: Yo creo que más o menos::: ^ode unas 20^o::, unas 20 aproximadamente.

ENTREVISTADOR: Perfecto. ¿Crees que has realizado más fallidas o exitosas? ¿Crees que podrías dar un número? ¿Un porcentaje::?

E.2: Muchas más fallidas que exitosas, <exitosas muy pocas>, ^omuy muy pocas^o::: o sea fallidas::: yo creo todas, exitosas ¿tres?(.) ¿dos?::

ENTREVISTADOR: Muy bien, para hacer un poco de comparativa::: gracias, muy bien.

E.2: Sí

ENTREVISTADOR: ¿Después de las maniobras:: cuestionas el rigor técnico o sientes dudas al respecto de si lo hemos hecho bien::: o lo hemos hecho mal, o si hemos fallado o lo podríamos haber mejorado esto o lo otro?::

E.2: Hombre sí (.) yo creo que tras la realización de una RCP siempre tienes sentimientos de que lo hubieses podido hacer mejor, pero yo creo:: que con casi cualquier técnica que suponga, mmmm:: que pueda poner en riesgo la vida del paciente, sabes, <decidir entre la vida o la muerte de ese paciente> o sea:: Yo creo que siempre se pueden mejorar cosas, lo que pasa es que claro te lo cuestionas siempre cuando acabas, en el momento estás tan centrado que nooo::: no te lo cuestionas-

ENTREVISTADOR: Eeee:: y más o menos::: ¿qué emociones podrías nombrar que experimentas tras una reanimación o un intento de reanimación que ha sido fallida?

E.2: Pues, a veces rabia (.) y a veces también::: ^o alivio^o, porque quizás:: no a veces también hay que pensar en todo porque qué calidad de vida también tenía ese paciente, que, ¿cómo iba a acabar la historia?(.) Entonces en el momento no lo haces pero cuando ya acaba la RCP y ha sido fallida::: pues te cuestionas:: sí claro(.) si es una persona joven que ves que tiene un nivel::: o incluso mayor pero tiene una buena calidad de vida, es independiente, ahí tienes un sentimiento de rabia porque dices a lo mejor si hubiéramos hecho::

ENTREVISTADOR: Claro::: [podríamos]

E.2: [podríamos] haber::: ¿Sabes? (.) Haber acabado de otra forma::: pero::: otras veces es que dices, mira hasta agradeces que no haya salido bien(.)

ENTREVISTADOR: Claro:::

E.2: Porque::: <¿cómo hubiere acabado esa persona?>

ENTREVISTADOR: ¿Supongo que el tiempo, no? el tiempo que lleva:::

E.2: Sí-

ENTREVISTADOR: Muy bien::: vale::: ¿Y después de una exitosa qué?::: ¿Algún sentimiento o emoción que puedas explicarnos?

E.2: Pues mira yo creo que tengo sentimientos también que son contradictorios porque me alegra porque esa persona va a vivir pero::: por otro lado pienso lo mismo ¿cómo va a vivir?, ^o¿cómo va a acabar esto? Por que una persona que ha estado en hipoxia 30 minutos::: ¿cómo va a acabar después? ¿Que va a quedar, una persona que esté encamada?::: una persona que no vaya a poder hablar por sí mismo, expresar sentimientos, emociones::: Es que todo depende, o sea yo pienso que la calidad de vida es primordial SIEMPRE de salvar o no un paciente.

ENTREVISTADOR: Vale, y bueno::: ¿Emocionalmente, crees que pueden interferir experiencias anteriores sobre cuando estás realizando una RCP?

E.2: Sí, sí- 100% sí y SOBRETUDO(.) yo creo que depende de con el equipo que lo hagas también las RCP::: es decir, si tu anteriormente has estado haciendo, ^oha dado la casualidad que has estado con un equipo haciendo la RCP^o y esa RCP ha ido fatal::: <ya sea porque el líder no ha liderado bien>, porque ha habido malas formas al hablar::: al exigir, ya yo creo que::: eso se te queda, que cuando pasa otra situación igual, con la misma o las mismas personas eh::: pfff::: TE MARCA(.) y yo creo que sí(.) porque no es lo mismo que vayas con una persona que transmita paz, que lo tenga todo seguro, que con personas que estén nada más que, machacándote y yendo a por ti::: y es muy duro porque la enfermería al final siempre es >la que recibe por todos lados< porque tiene la responsabilidad de la medicación:::, de la administración de la medicación, mmmm::: muchos casos también la de la vía aérea::: también de las compresiones, es que claro:::

ENTREVISTADOR: Todo pasa por enfermería-

E.2: Todo tiene que pasar por enfermería y es muy duro.

ENTREVISTADOR: Muy bien, eh::: en tema de realización de RCP eee... crees que la has realizado a algún niño o adolescente y en caso de ser afirmativo eh::: las emociones las podrías comentar?

E.2: Sí(.) Hace no mucho::: tuvimos un caso de un niño que nació, que había aspirado meconio y nació ya::: >que nació muerto ya< y es una sensación horrible porque no es solo ese niño(.) es esa madre::: ese padre que están allí::: que están viéndolo todo, que tienes que decirles que por favor que::: ¿los apartas? ¿te los llevas? (.) esa madre que acaba de parir::: que es vulnerable, que nada más que quiere tener a su hijo entre los

brazos y a mí::: es muy duro y difícil (.) además fue muy complicada::: no pudieron intubar::: ^ono pudieron canalizar vía :::nada, o sea fue horrible^o. Para mí es horrible.

ENTREVISTADOR: Por lo tanto otra pregunta que viene es::: ¿considerarías entonces que éstas son diferentes de cuando se trata de un adulto? ¿las emociones y tal?

E.2: No- o sea::: sí son diferentes porque realmente un niño para mí es una persona vulnerable, es muy vulnerable y no solo tienes que tratar con eso::: con el niño, tienes que tratar también con sus padres::: que están en un momento que en teoría es un momento de inicio de la vida que en teoría <es bonito> y que no tendrían que pasar estas cosas y pasan::: y pfff es::: a mí me parece que no es que sean distintas porque al final la vida de todo el mundo vale por igual :::pero sí::: que para mí emocionalmente me pesa más lo de los niños que los adultos (.) también es verdad, que los niños se paran menos que los adultos entonces tampoco estás tan acostumbrado a realizar RCP de niños que de adultos, no de niños sinó::: ya de neonatos que son distintos, >distinta técnica::: todo<

ENTREVISTADOR: ¿Crees que hay alguna que te haya marcado más? ¿Has realizado a algún conocido o a alguna persona cercana? ¿Cómo lo has vivido?

E.2: Mira(.) a nivel profesional::: la que me ha marcado más fue un día que estaba en urgencias y teníamos un señor que no estaba bien::: y se estaba parando y esa me chocó mucho porque ^ono sentí el apoyo médico por ese lado^o y fui a hablar con ellos y <no me hicieron caso>::: y cuando ya fuimos y empezamos a hacer maniobras ya era demasiado tarde(.) y::: luego otra también con mi abuela(.) pero por suerte vinieron muy rápido el equipo::: bueno el SEM, nada más que hicimos compresiones, tampoco puedes hacer nada más, <en casa no tienes nada, nada>:::

ENTREVISTADOR: ¿Participaste activamente en la reanimación?

E.2: Sí-

ENTREVISTADOR: Guau:::

E.2: Y allí era estudiante, ay sí:::

ENTREVISTADOR: ¿Te afectó de alguna manera crees?

E.2: Eee sí-, claro::: en el momento sí(.) ahora ya lo cuento como si fuese algo tan normal pero en el momento sí- claro::: porque ves a toda la familia,^o bueno por suerte^o, por suerte mi familia son::: hay enfermeros, hay auxiliares, entonces estamos todos como metidos en el gremio sabes? Pero sí- es una situación difícil, pero igualmente yo creo que en ese momento estás tan centrado en que tienes que hacerlo::: que no piensas(.) Es lo que te decía antes::: que piensas más cuando te has relajado y has acabado, que es cuando te da todo el sentimiento, todas las emociones todo sale porque en el momento estás ofuscado, <estás como si no hubiese nada más alrededor> y sólo estuviera eso(.)

ENTREVISTADOR: Gran explicación(.) muy bien, muchas gracias(.) Y continuo::eee
¿quieres explicar algo más? °perdón si te he interrumpido°

E.2: No no:::, muy bien-

ENTREVISTADOR: °A veces hablo mucho°::: ¿Qué opinas sobre la formación
específica para gestionar las emociones vividas?

E.2: Pues mira(.) yo opino que la formación::: no debería ser algo opcional, debería ser algo impuesto y algo que deberíamos de tener todos. Todos porque da igual en el servicio en que trabajes::: porque al final::: alguna vez te va a tocar, porque estamos en el ámbito hospitalario, porque estamos con pacientes que incluso extrahospitalario::: es que da igual , es algo que::: debería saber todo el mundo(.) porque puede pasarle a cualquier persona por la calle y está vamos::: está asegurado::: que si una maniobra de RCP bien hecha y temprana es que asegura 100% casi que salga bien y entonces yo creo que falta que nos formen más por parte de los hospitales, por parte de las universidades::: >o de la institución que tenga que ser<.

ENTREVISTADOR: En cuanto gestionar las emociones vividas:::. ¿realizas alguna formación específica para gestionar las emociones o actividades de afrontamiento del estrés o realizas algo?

E.2: Yo sé(.) que existen, que <en el hospital hay una figura>, un psicólogo::: que está disponible para todos los pacientes(.) No sé decirte si antes del Covid::: porque >esto también lo del tema de integrarse un poco más y que la gente se animase un poco más y demás fue a raíz del Covid< pero sí que sé que existe, que yo personalmente no(.) Nosotras personalmente utilizamos mucho terapia de grupo, es decir::: sí pero entre nosotras, o sea no de ir al psicólogo::: sinó entre nosotras::: de explicarnos, desahogarnos, contarnos::: y a mí, personalmente, me viene bien. Sé que no es algo::: sé que no es una persona que no es un profesional que entienda de eso::: no es un psicólogo, >ni es un psiquiatra ni es nada<pero a mí::: me viene bien hablarlo con los compañeros, la verdad-

ENTREVISTADOR: Bueno::: claro::: puedo entender sobre lo que me comentas, que al estar o haber vivido experiencias similares también te pueden llegar a comprender y tú puedes explicar y encontrar el punto de desahogo.

E.2: Claro- eso es-

ENTREVISTADOR: Perfecto- bueno::: sobre las formaciones de la RCP ya hemos hablado. ¿Crees que se podrían mejorar las formaciones de RCP en algún aspecto?

E.2: ¿A nivel de grupo? o=

ENTREVISTADOR: =Sí- >las formaciones que se suelen hacer<, cursillos de SVA o=

E.2: =sí(.) yo creo que se pueden mejorar a nivel práctico, sobre todo porque al final la teoría si no al final no lo tocas en el día a día pues no::: sí que vale, pero, no tienes los

conceptos tan claros como una persona que esté allí(.) también creo que los hospitales debería de(.) depende en que sector::: debería de haber un grupo especializado en RCP que si pasa cualquier cosa::: pero no un médico, porque en el hospital existe el timbre de paros donde viene el médico de urgencias::: NO:::.. Tiene que ser un equipo compuesto de médico y enfermeras y auxiliares (.) incluso también, pero no un médico::: porque es que las enfermeras también tenemos un papel muy importante y siempre se nos está dejando a un lado y realmente::: como he comentado antes somos las que administramos la medicación, somos las que la preparamos, la que realizamos compresiones, es que al final tenemos que saber también nosotras mucho::: a pesar de que el médico, cuando hay un paro, sea el líder(.) Me parece perfecto, pero la enfermera juega un papel muy importante que también tiene que estar y <tiene que estar presente>.

ENTREVISTADOR: Perfecto(.) Eeeee::: ¿Durante::: ¿la presencia de familiares durante la RCP como se siente?

E.2: Mmmmmm buff::: fatal, yo creo que:::yo ehh, <yo creo que los familiares no deben de estar presenciando esa situación tan desagradable>. O sea::: yo entiendo que si pasa en la calle, vale(.) al final, en la calle está todo el mundo::: y están los familiares::: y quizás hasta pueden intervenir, pero creo que en el ámbito hospitalario no deberían de estar presentes(.) más que nada, porque °no creo que sea una situación que sea exitosa o sea fallida la RCP°::: no creo que sea una situación agradable(.) creo que es una situación bastante traumática para los familiares, o sea, yo personalmente::: siempre, siempre los echamos fuera de la habitación.

ENTREVISTADOR: Muy bien. ¿De la posterior comunicación con ellos ante todo si ha sido fallida, también va a cargo de la enfermera muchas veces, no?

E.2: Claro- el primer contacto, es decir::: el primer comunicado siempre lo da el médico °tanto si es exitosa si es fallida°::: si se va a la UCI:::, si se queda en urgencias::: va a cargo del médico, pero la enfermera, tiene un papel muy importante de apoyo emocional a esas familias porque también ha estado presenciando::: <que nosotras estábamos allí>, no podemos coger y salirnos::: esto no va conmigo::: sí va con nosotras también, porque al final a lo mejor era el paciente de mi compañera pero no es que sea su paciente::: los pacientes son de todas(.) y al final todas tenemos que dar un apoyo emocional a las familias, que a veces se nos olvida, NO?- Vamos a la técnica::: la técnica::: y esa gente también tiene sentimientos y los dejamos como un poco atrás y hay que tenerlos presentes también y °bueno apoyarles y explicarles°::: también que si necesitan ayuda, pueden pedirnosla-

ENTREVISTADOR: Perfecto, muy bien, muy bien. Muchas gracias E.2:::Otra cosita::: El tema del Debriefing::: ¿sabrías explicarme que es el Debriefing?

E.2: La verdad es que no-

ENTREVISTADOR: Vale(.) básicamente es::: que el Debriefing se considera en hacer una recopilación de lo sucedido, e intentar poner los puntos a mejorar, hacer inciso, explicar la situación, ponerse otra vez en la situación::: ¿qué ha pasado? para saber qué puntos se pueden mejorar:::

E.2: Una lluvia de ideas-

ENTREVISTADOR: Una lluvia de ideas podríamos decir:::

E.2: Vale-

ENTREVISTADOR:: Supongo, que igual como tal no se realiza en muchos sitios, pero como bien me has dicho, a veces con las compañeras=

E.2: =claro con las compañeras=

ENTREVISTADOR: =Haces un poquito de apoyo psicológico y debes hablar de temas creo:::

E.2: Con las compañeras casi siempre se hace por no decirte siempre-

ENTREVISTADOR: Aunque sea de manera informal, ¿no?

E.2: Eso es(.) lo que quería decir de manera informal, siempre se hace, de manera formal se hace en casos >muy concretos< pero se hace, en casos muy concretos porque reunir el equipo médico con el equipo de enfermería::: también es un poco complicado(.) entonces, se hacen casos concretos porque se ha visto que::: no se ha estado quizá haciendo >de la forma más correcta posible< por ejemplo con lo que explicaba antes del niño del tubo::: que hacer un debriefing formal o informal se tuvo que reunir el médico, las enfermeras que estábamos, las auxiliares:::¿por qué? porque hay que ver qué es lo que ha fallado, si ha fallado el liderazgo, si han fallado los conocimientos a la hora de administrar medicación, qué es lo que ha fallado y mejorarlo::: y críticas::: constructivas, no destructivas.

ENTREVISTADOR: Totalmente-

E.2: Tú has hecho esto::: Siempre constructivo=

ENTREVISTADOR: =intentando buscar mejorías=

E.2: =Claro::: siempre intentando buscar mejoras! >no atacando a la gente porque todos somos humanos y nos podemos equivocar<, todos nos podemos poner nerviosos::: pero bueno::: siempre tenemos que tener en cuenta que estamos jugando con la vida de una persona.

ENTREVISTADOR: Genial. Ahora que estamos ya hablando de este tema::: ¿considerarías que estaría bien intentar implantarlo de manera más asidua?

E.2: Sí (.) yo creo que se tendría que implantar de manera sistemática::: es decir, hay un paro y cuando se puede reunir el equipo, se reúne y se habla de todos los ítems ::: de hecho, es que nosotros tenemos una hoja de la hora que ha empezado el paro, qué

medicación se ha administrado, que si han sido compresiones, que si se ha desfibrilado::: todo está registrado, pero luego, esta hoja se queda en nada porque nadie la mira::: entonces no ves qué mejoras (.) sí que lo comentas con los compañeros:: ostras pues el otro día:: no eh:: pasó esto, pero bueno, eso no queda en nada y no lo interiorizamos.

ENTREVISTADOR: Claro, porque entiendo que ¿también hay unos protocolos?

E.2: Claro-

ENTREVISTADOR: Se siguen unos protocolos, pero a veces claro no=

E.2: =Y bueno depende del médico, depende de las manías de cada uno:: >porque esto pasa<=

ENTREVISTADOR: Claro-

E.2: =Pasa y pasa mucho (.)

ENTREVISTADOR: Perfecto, bueno eso:: ya lo has comentado el cómo le afecta a nivel personal la realización de la RCP:: pero creo que ya lo hemos comentado(.) ¿Ya nos ha introducido algo E.2 y también has comentado:: ¿donde trabajas dispones de ayuda psicológica?

E.2: Sí- lo que pasa es lo que ya te he comentado:: que yo creo que:: creo que por culpa nuestra, creo que es un error, >no pedimos ayuda< y quizás a veces la necesitamos, porque hay días que te vas a casa con muy mal sabor de boca porque claro:: no te lo esperas:: es un suceso que no te esperas, °pero bueno creo que°:: iremos mejorando en esto, pero a día de hoy, no lo tenemos interiorizado no, para nada-

ENTREVISTADOR: Bueno, entonces ya para finalizar, ¿qué consejo le darías a las futuras enfermeras en relación a la gestión de emociones sobre este tema? ¿Y sobre algunos otros de tema emociones?

E.2: Yo el primer consejo es:: que pidan ayuda, que pidan ayuda, que acaban de acabar la carrera, >que tenemos todo muy fresco pero también repartido en la cabeza<, no tenemos las ideas claras, tenemos un montón de ideas y nada estructurado, que pidan mucha ayuda y que pregunten mucho:: y que siempre, siempre, siempre que vayan a hacer algo, alguna técnica que pregunten(.) y a nivel emocional:: que tienen:: que o sea, lo que ellas sientan no es algo malo:: pero siempre tienen que intentar una buena gestión de sus emociones dentro de la personalidad de cada uno, porque cada uno tiene su forma de ser, pero tienen que aprender que lo que pasa en el trabajo se tiene que quedar en el trabajo::: que cuando sales por la puerta de ese trabajo, tienes que dejar esa mochila atrás porque si no, vas a cargar una mochila tan grande que va haber un momento, que no vas a poder más con la situación(.) ni con la enfermería ni con nada.

ENTREVISTADOR: Me encanta:: muy bien::muchas gracias E.2. ¿Quieres añadir alguna cosa más, algo que no te hayamos preguntado, hacer algún inciso que creas que nos podría ayudar en tema o a nivel del estudio?

E.2: La verdad es que la entrevista me ha parecido bastante completa:: y creo que os he transmitido todas mis emociones, mis sentimientos y mis pensamientos en la entrevista.

ENTREVISTADOR: Bueno:: aquí por parte de los entrevistadores, Marc y Borja queremos darte las gracias por ayudarnos (.)

E.2: Nada::::

ENTREVISTADOR: Y por compartir tus experiencias con nosotros:: y bueno darte las gracias de nuevo-

E.2: Muchas gracias.

Entrevista enfermera 3

ENTREVISTADOR: Bueno buenas tardes E3.

E.3: Hola (Sonrisa).

ENTREVISTADOR: Te hemos pasado el consentimiento informado y lo has firmado::: y vamos a empezar la entrevista (.) ¿te parece bien?

E.3: Bien-.

ENTREVISTADOR: ¿Cuántos años tienes?

E.3: 35-.

ENTREVISTADOR: ¿Cuántos años de experiencia tienes trabajando como enfermera?

E.3: Llevo::: 15 años(x).

ENTREVISTADOR: ¿En qué unidad trabajas actualmente?

E.3: Actualmente estoy en un servicio de urgencias en CUAP::: en el CUAP de Cambrils.

ENTREVISTADOR: ¿Y has trabajado anteriormente en algún otro sitio?

E.3: Sí(.) al principio cuando acabé las prácticas de Enfermería:: estuve en la UCI de Joan XXIII.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo fue su primera experiencia sobre la realización de una RCP?

E.3: Mi primera experiencia ante una RCP::^o fue bastante traumática^o(.) Fue traumática porque nunca había tenido contacto con una persona que está muerta, eh::: es una situación:: muy crítica, es una situación en la que todo el mundo está corriendo, en la que si no hay alguien que coja el rumbo y el manejo de una situación crítica normalmente

debe ser el facultativo, si no hay alguien que tome el rumbo y coordine una RCP puede ser muy caótico y entonces:: es muy:: estresante.

ENTREVISTADOR: ¿Y cómo se sintió durante y después de la RCP a nivel de emociones?

E.3: Emocionalmente(.) ehhh:: me sentí impotente, me sentí perdida, me sentí impotente, ° me sentí decepcionada conmigo misma °, porque:: tal vez debería haber estado más preparada para una situación así(.) y:: evidentemente:: acabé llorando, la primera RCP, sí, sí fue::, ° fue dura, fue dura.°

ENTREVISTADOR: ¿De cuántas RCP aproximadamente ha sido partícipe?

E.3: Pues la verdad ::que no te sabría decir un número:: pero:: ya llevo unas cuantas a mis espaldas, llevo muchas, más de diez seguro:: o incluso más de veinte:: no lo sé, no te podría decir, **he visto muchas**.

ENTREVISTADOR: ¿Has realizado más RCP fallidas o exitosas?

E.3: Fallidas-

ENTREVISTADOR: Y después de una RCP fallida:: ¿cuestionas el rigor técnico realizado o siente dudas al respecto?

E.3: Siempre(.) después de una RCP o de una situación así de crítica (.) siempre se hace un feedback, o:: por lo menos, siempre intento hacer un feedback con el equipo con el que estoy(.) Un debriefing, creo que se dice actualmente (.) si no me equivoco, para poder manejar:: pues para es, para hacer un resumen de lo que hemos vivido y como hemos actúa::do, de aspectos que se podrían mejorar:: entonces ahí pues hacer un poco un resumen de la situación vivida, de los sentimientos que sobreencontrados que puedes encontrar en según qué situaciones(.) y:: según con que equipo porque muchas veces no siempre coincides con el mismo equipo(.) a veces, vas con un equipo con el que te sientes:: <más afín> a veces coincides con un equipo con el que no te sientes <tan afín> y se pueden hacer este:: debriefing ((sonrisa)) para poder consolidar conocimientos y que en próximas actuaciones pues se pueda llevar mucho mejor una RCP.

ENTREVISTADOR: ¿Qué emociones inmediatas experimentas tras una reanimación cardiopulmonar fallida? ¿Y después de una exitosa?

E.3: Te puedo hablar de las fallidas:: ((cara incredulidad)) porque en toda mi experiencia profesional, con las RCP de momento no he dado con una que me haya sido, que haya salido=

ENTREVISTADOR: =Vale=

E.3: =Sí, ° todavía no he dado con una:: que haya salido para adelante °(). es como una espinita, pero todas han sido fallidas entonces te puedo hablar del sentimiento de las fallidas:: Emm::: sí que es verdad, que a medida que pasan los años como enfermera

generas unas barreras y haces como una protección emocionalmente ante una persona que está muerta, ¿no?. Una parada cardiorrespiratoria:: una persona que no le late el corazón, una persona que está muerta:.(.) También te diré, que depende mucho de la edad de la víctima a la que estés haciendo la RCP, no es lo mismo un bebé, no es lo mismo un niño, un adolescente, ¿que un adulto, que ° un abuelito vale? ° Entonces depende...yo creo que depende mucho pero sí que es verdad que a nivel de emociones eee, uff::: no sé::: no sé muy bien como expresarlo(.) pero sí que da pena, porque da pena=

ENTREVISTADOR: =te puedes expresar como quieras=

E.3: =sí::: pero, no sabría muy bien cómo decírtelo, pero sé... que es triste... ° es una situación triste °, porque acaba de ser el final de una vida pero::: pero bueno, a veces son personas a las que no conozco y entonces intento que no me afecte exageradamente, me pongo una barrera (gesticula).

ENTREVISTADOR: Y, ¿emocionalmente en qué cree que le pueden interferir experiencias anteriores?

E.3: Mira, sobre todo, emocionalmente a nivel de interferirme ::: más que experiencias anteriores, yo ahora soy madre, entonces, yo ahora soy madre, >tengo hijos<, entonces en una parada de un niño ahí::: emocionalmente mi experiencia como madre ya me mataría, ya me bloquearía... creo que me bloquearía ante un niño(.) no lo sé... no te lo sabría decir, porque sí que es verdad que por suerte:: por suerte (cruza los dedos) no.. no he hecho RCP a niños todavía(.) y espero seguir sin hacerlo(.) que estoy totalmente convencida que el <día en que yo esté ante un niño parado> me va a afectar mucho.

ENTREVISTADOR: ¿Has realizado alguna vez a algún niño o adolescente?

E.3: No-

ENTREVISTADOR: Me has dicho que no=

E.3: =no, no, no, no::: (gesticula con la cabeza), por suerte= (risas).

ENTREVISTADOR: =Vale=

E.3: = pero nunca se sabe(.) hay que estar preparado para todo. No:::

ENTREVISTADOR: ¿Consideras que éstas son diferentes cuando se tratan de un adulto? ¿en cuanto a emociones...=?

E.3: = Totalmente::: =

ENTREVISTADOR: = ¿Te marca más? =

E.3: =totalmente(.) y te diré porqué! los niños son un mundo aparte(x), es como un mundo aparte(.) es, mm::: es como:: antinatural que a un niño le pase esto, ¡no! que un niño esté en parada:: es como algo que no puede ser, no (cara de tristeza). En un adulto:: >se lleva diferente<, sí que es verdad que no es lo mismo un adulto joven, que un adulto mayor ¿vale?::: Porque es más triste que se muera uno joven, que no uno

mayor(.) uno mayor pues::: ya según los antecedentes que tenga::: las patologías::: las patologías que tenga de base, y ya es muy mayor y está a finales de su vida pues, como que no es tan chocante(.) la gente joven es muy triste ° y niños es como::: °, pues eso, algo que no debería pasar.

ENTREVISTADOR: ¿Y, has realizado alguna vez una RCP a algún conocido o persona cercana?

E.3: Sí-

ENTREVISTADOR: ¿Cómo lo viviste?

E.3: Pues::: fue muy chocante, si quieres te lo explico, >quieres que te lo explique<?

ENTREVISTADOR: Sí:: sí, sí-

E.3: Ehhh::: hacía creo si no recuerdo mal, todavía estaba trabajando en la UCI de Joan XXIII ::y si no me equivoco::: hacía poco que había empezado en el CAP, porque al principio empecé a solapar entre un sitio y otro(.) bueno, fue un fin de semana que fui a ver a mis padres a Tarragona y estando en casa de mi madre ee::: de repente escuché a la vecina de enfrente... eso puerta con puerta, ¿no?, en un bloque de pisos puerta con puerta::: empezamos a escuchar ruidos, escuchar gritos, entonces mi madre se asustó ¡ay! no sé::: creo que es la vecina, algo pasa tal... aquello que no queríamos asomarnos mucho por si era una pelea o una discusión familiar, que a veces nunca sabes::: y mirando por la mirilla de la puerta vimos que era la vecina, que estaba dando golpes, estaba pidiendo ayuda(.) y le dije a mi madre escucha, vamos a ver qué pasa(.) abrí la puerta y ella no paraba de gritar::: POR FAVOR AYUDALA, y estábamos hablando con la vecina que había contacto y había pues relación, tenía una hija que tenía mi edad eee::: 25, 26 años::: ¡se suicidó!, se colgó del marco de la puerta de la habitación(.) entonces entré::: y la propia madre la había descolgado de la puerta::: y estaba en el suelo(.) evidentemente estaba en parada::: y llevaba rato,(.) yo sabía que llevaba rato porque había rigor::: había rigor mortis y tal, sabía perfectamente que no había nada que hacer, pero sabía que tenía que hacer algo por su madre ¿no?>Es que mira:::< lo pienso y todavía se me ponen los pelos de punta(.) cogí el teléfono y le pedí a su madre que llamara al 112, pero estaba en una situación::: estaba en shock (.) entonces puse el manos libres y me puse a hacer RCP(.) me puse a hacer compresiones, simplemente compresiones::: y bueno se puso el SEM al teléfono, le expliqué la situación y, entonces ya vinieron luego los compañeros::: y ya les dije(.) me relevaron, y luego vino el equipo del CUAP, el médico y el enfermero::: y se ve que no lo sabíamos, pero estaba en tratamiento psicológico ya de base(.) y bueno::: fue super traumático, porque una chica de mi edad, era como si me viera yo(.) me vi un poco(.) no tengo problemas psicológicos... pero::: intento mantener la mente que es muy importante en su sitio(.) pero, no te dejas de ver reflejado::: cuando tienes una persona de tu edad...

ENTREVISTADOR: Claro:::= (asiente con la cabeza)

E.3: = Y fue muy duro eh::: ^o fue muy duro ^o. Luego::: tuve que testificar con los Mossos de Esquadra::: bueno, pues sí-

ENTREVISTADOR: ¿Qué opinas sobre la formación específica para gestionar las emociones vividas?? ¿Qué actividades de afrontamiento del estrés realizas después de una RCP fallida?

E.3: Sé que hay cursos(.) sé que hay cursos de formación y hay cursos para afrontar el estrés y tal, no he hecho ninguno eh, digamos::: >que tendría como una tarea pendiente<, >no sé si realmente son efectivos o no<::: porque depende mucho de la formación que haya y de cómo la recibas(.) de cómo sea de esa formación::: que tu puedas coger pues::: esas diferentes pautas como para poderlas poner en práctica a nivel emocional::: a la hora de enfrentarse a una RCP. También depende mucho de cada persona de como sea cada uno(.) hay un componente psicológico, emocional::: que depende mucho, pero, claro(.) >no te sabría decir exactamente< que::: realmente conozco muy bien qué tipos de formación hay al respecto::: y que no he realizado ninguna >también te lo digo<. Emm::: repíteme la segunda pregunta, que ahí me he perdido un poquito (risas).

ENTREVISTADOR: (Risas) ¿Qué actividades de afrontamiento del estrés, realizas después de una RCP fallida?

E.3: Sobre todo:::=

ENTREVISTADOR: = ¿si funcionan mejor para sentirse mejor?::: ¿qué actividades de afrontamiento posterior después de una RCP fallida::: realizáis?

E.3: Sobre todo... realizamos el debriefing ¿no? y expresar (.) sobre todo::: si tienes un equipo con el que puedes expresar tus emociones:::¿qué has sentido? ¿cómo te has sentido? ¿Te has sentido bien? ¿Cómo estas? ¿Estás bien? ¿Estás mal? Eee::: ¿Quieres que hablemos del tema no? O::: sobre todo, intentar exteriorizar aquello que has sentido, si te has sentido rabia... si has sentido impotencia... si has sentido miedo... eh::: pena::: o a veces frustración, porque a veces piensas que podrías haber hecho algo más... y no lo has hecho... pero, en realidad::: ¡lo has hecho bien! pero tus sensaciones es de que podías haber hecho más::: y no ha podido ser::: y por qué no ha podido ser y buah::: unos sentimientos ahí encontrados, pero lo bueno... es que puedas hacer un debriefing con tu equipo ¿no? y que de ahí puedas pues eso, que haya una comunicación para poder exteriorizar y la exteriorización de los sentimientos, ayuda mucho a poder poner calma a lo vivido.

ENTREVISTADOR: ¿Recomendarías el debriefing?

E.3: Siempre- Pero no solo ante una RCP::: ante cualquier situación compleja o crítica o que nos pueda violentar de alguna manera(.) hacer un debriefing con el equipo es

bueno...y te diría::: que se hace poco(.) Te diría que muchas veces, se hace poco y es algo super necesario(.) porque no sólo te ayuda a reestructurar toda la situación vivida sino, que::: <te une un poco como equipo con el que estás trabajando>::: te ayuda a conocerte a ti mismo, a las personas con las que estás trabajando y te ayuda a reestructurar situaciones::: para que de esta manera...en un futuro, pueda mejorar siempre a mejor, no para fustigarse y castigarse.

ENTREVISTADOR: Perfecto::: ¿Cómo definirías las formaciones de RCP? ¿Cree que se podría mejorar en algún aspecto?

E.3: Las formaciones de RCP::: a día de hoy he actualizado la de soporte vital(.) creo están muy bien y al final están avaladas por el Consell Catalán de Resucitació y la European Council. Creo que están muy bien, cada vez hay más cursos y creo que estamos en el paso en el que se está abriendo más a la población en general, no sólo a nivel sanitario(.) es algo necesario de cara a que lo implanten en los colegios ya, en los críos::: desde pequeños(.) la formación en RCP, es super necesaria, creo que está bien estructurada. A nivel laboral te diría que deberíamos hacer sesiones de reciclaje ¿no? ¡por lo menos una vez al mes mínimo! (.) una vez al mes::: o sea una sesión como nosotros hacemos aquí...de las dos a las tres solemos hacer sesiones, pues, ¡una vez al mes coger y exponer un caso clínico y hacer RCP! La teoría la sabemos, <gracias a Dios las guías están colgadas y hay mucho acceso> pero estoy hablando de la práctica, para poder tener siempre fresco, como hacer una buena RCP (gesticula con las manos).

ENTREVISTADOR: ¿Cómo se siente ante la presencia de familiares durante la RCP?

E.3: Vale:: tema de los familiares::: tema de los familiares::: lo comentamos el otro día(.) Yo considero que es derecho del paciente que el familiar este ahí (media sonrisa)(.) En una situación crítica eh::: ° niños °, los padres tienen que estar ahí presentes, >evidentemente< pero yo necesito que los padres que estén presentes::: estén lo más tranquilos posibles, es MUY COMPLICADO pero::: creo que es necesario que observen lo que se está haciendo por los niños en caso de una RCP. <Los papas de los peques sí>(.) En caso de adultos::: como norma general, no los dejamos pasar, no los dejamos pasar eh::: pero porque es una situación muy violenta. A mí no me molesta un familiar::: no me molesta un familiar::: siempre y cuando me permita hacer mi trabajo para poder ayudar a esa víctima que tengo delante, o sea::: yo si quieres estar presente, no me va a molestar::: no se lo voy a negar, pero::: le voy a pedir que me deje hacer mi trabajo y que esté tranquilo. En el momento, en que esa barrera se rompe, es mejor que espere en la sala de espera porque son <situaciones muy duras>. Los papas siempre con los niños, y en adultos::: ° podríamos hacer excepciones °.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo definirías la comunicación con ellos, después de una RCP fallida?

E.3: Te diría::: que no estamos lo suficientemente preparados(.) como para abordar del todo esa situación creo ° sí que es verdad°, que personalmente yo como enfermera no comunico, o sea::: yo lo que sí es::: (que antes que)(a veces te traen)que se desploman las víctimas allí en el suelo y es::: vamos a mantener la calma, vamos a pasar a un box y vamos a hacer todo lo posible para él ¿no?(.) Pero, el comunicar el resultado post RCP es algo más de carácter médico. Yo por lo que observo y lo que veo::: hay carencias, hay carencias::: y ¡sí!, es difícil porque es una situación muy complicada porque si no ha salido bien::: comunicar que esa persona ha fallecido, entonces entiendo que haya dificultad a la hora de expresarlo::: pero ahí también se necesita [empatía] (gesto aprobación con la cabeza)

ENTREVISTADOR: [empatía]

E.3: Sí(.) a parte de la empatía::: que es primordial, pero::: se necesita más manejo de cómo transmitir la información.

ENTREVISTADOR: ¿Sabría explicarme qué es el debriefing? ¿Después de una RCP fallida lo llevan a cabo? ¿y lo consideran importante?

E.3: Sí::: bueno::: el debriefing es después de una situación crítica, una RCP, reúnes al equipo que ha estado ante esa situación y haces un feedback de lo que ha pasado::: como qué hemos hecho, cómo nos hemos sentido, aspectos en los que podríamos mejorar, esto ha fallado, esto no, cómo lo haríamos la próxima vez y para mí es básico (.) pero no solo en RCP como os he comentado antes::: sinó en cualquier situación crítica, es super importante, porque no deja de ser una herramienta, <que te ayuda a mejorar>, pero nunca el debriefing con el hecho de que te tengas que tirar piedras unos a otros::: que tú has hecho mal esto::: no, es que tú no me has hecho caso::: no parabas de gritar::: tendrías que haber estado en la vía aérea::: NO NO, no nos echarnos puyas(.) lo que es una herramienta para mejorar. La próxima vez uno que esté al mando vale que dirija la situación ¿no? Entonces, cada situación::: ¿depende también de cuántos reanimadores somos? Empezando por ahí::: ¿cuántos vamos a estar en esa situación? Si somos tres... si somos tres: un médico, dos enfermeras por decirlo de alguna manera o un médico y tres enfermeras::: si somos cuatro el médico fuera (risas), o sea fuera::: el médico manda, que no toque al paciente (.) el médico dirá: a la vía aérea, una circulatorio y la otra preparar medicación y tal... porque así el que está observando, tiene la capacidad de ser como el radar que está observando absolutamente todo y <puede esquematizar y hacer las órdenes para que salga perfecto>. Si somos tres::: puede ser igual, uno se pone en la cabeza... pero::: siempre tiene que haber alguien que dirija esa situación, para que se vaya siguiendo el esquema en una RCP(.) Que al final es fácil ¿eh? O sea::: hay que decir la teoría es muy fácil... lo que pasa es ° que la práctica::: ahí influyen tantas emociones °, tantos mecanismos... ahí la adrenalina de una situación

tan::: tensa, ¿no?. Entonces claro, pues ahí tienes un montón de emociones que tienes que canalizar, entonces:: ¡HAY QUE PONER ORDEN! Y::: hay que decir: venga vamos a sacar esto para adelante, vía aérea, (pam), no sé qué:: tubo de Guedel (pam), monitorización, canalizamos vía, cargamos adrenalina, venga RCP (pam), ¿no? (gestos como si estuviera viviendo la situación) Y::: ESTRUCTURARLO(.). El debriefing para mí::: es vital.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo le afecta a nivel personal la realización de una RCP? ¿En la unidad en que trabaja disponen de ayuda psicológica tras un exitus o un suceso traumático? Y ¿si has usado estas ayudas? Y ¿las actividades de afrontamiento posterior a una RCP fallida?

E.3: En la unidad en la que trabajo::: sí que es verdad que en el centro en que trabajo::: sí que disponemos de un psicólogo, hay una psicóloga que tiene su consulta de psicología y a parte es una tía majísima y siempre nos ha dicho que si necesitamos tirar de ella que la llamemos::: pero como norma general, aquello de llamar in situ y que baje el psicólogo a hablar::: no, no. Pero sí que disponemos de::: o sea tenemos esa persona ahí::: que está trabajando y sé, que si en algún momento necesitáramos... podríamos tirar, podríamos tirar de ella (.) Actualmente ante una RCP, personalmente <pienso que ya he madurado bastante> que sí que es verdad, que cuando acabas enfermería y empiezas a trabajar >y te lo encuentras<, estás muy::: perdido(.) estás muy perdido y por mucha teoría y mucha práctica que hayas hecho::: empiezas a trabajar allí y empiezas de cero, porque la responsabilidad cae en ti, te generas un montón de preguntas, no sabes si lo vas a hacer bien... pero a medida que vas adquiriendo conocimientos y vas enfrentándote a diferentes situaciones... adquieres una madurez. Entonces, actualmente en una RCP, considero que estoy preparada, que me formo para ello, utilizo el debriefing en situaciones así y::: al final, tengo mis recursos y mis propias barreras para que no me afecte a mi vida personal, porque si me llevara todas las penas que veo a diario a casa::: no::: no podríamos vivir ¿sabes?=-

ENTREVISTADOR: = Muy bien =

E.3: = Entonces creo que ya he desarrollado estos recursos.

ENTREVISTADOR: Muy bien::: ¿Qué consejo le darías a las futuras enfermeras en relación a la gestión de emociones sobre este tema?

E.3: Les diría que tranquilas::: que al principio todo es muy duro, pero que se esfuercen sobre todo::: en el equipo con el que estén, que utilicen el debriefing, que se formen, ¿vale?... que se formen y que poco a poco con la experiencia adquirirán esas herramientas para afrontarse a situaciones así(.) que de todo se sale ¡eh! que al principio es como muy duro, pero realmente luego, adquieres capacidades y conocimientos que te ayudan a sobrellevarlo todo, que estén tranquilas que siempre hay una primera vez,

que no se fustiguen, que no se castiguen porque sientan que lo hayan hecho mal... porque al final siempre en situaciones así, siempre se intenta hacer lo mejor ¿vale? De la mejor manera que podemos y con los recursos de los que disponemos::: hacerlo de la mejor manera posible(.) que nunca se sientan culpables, que no las hagan sentir culpables nunca y::: que utilicen el debriefing para poderse comunicar, para poder expresar sus sentimientos, para que puedan sobrellevarlo mejor... y que con el tiempo::: <podrán con todo lo que se propongan>.

ENTREVISTADOR: Ahora... ¿si quieres añadir alguna otra cosa que te hayas dejado o que crees que sea de especial relevancia?

E.3: Bueno::: por mi parte no(.) pero si tenéis alguna pregunta más, yo aquí estoy encantada (sonrisa).

ENTREVISTADOR: Yo creo que has dado mucha información y muy buena. Y::: gracias por tu atención y muchas gracias.

E.3: A vosotros. Ha sido un placer.