

Belén Lencero Carretero

Gabriela Orrala Aules

**ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS EXPERIENCIAS Y
EMOCIONES DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS
ANTE EL PROCESO DE LA RCP**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Carmen Berbis Morelló

Grado de Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Facultad de Enfermería

Tarragona

2019

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas aquellas personas que nos han ayudado y han colaborado en la realización de nuestro trabajo de final de grado. Con vuestra participación y dedicación hemos conseguido finalizar nuestro proyecto.

En primer lugar, nos gustaría agradecer a nuestra tutora del trabajo de final de grado, la Dra. Carme Berbis Morelló, que con su esfuerzo e implicación ha sido posible llevar a cabo nuestro estudio. Gracias a sus consejos y críticas hemos sido capaces de sacar el máximo partido a nuestros conocimientos para la realización de nuestro trabajo. Por último, destacar la motivación que nos ha aportado durante todo éste proceso.

A nuestros tutores de prácticas clínicas, Marc y Ana, por proporcionarnos información relevante sobre nuestro tema de estudio, y por facilitarnos el contacto con las enfermeras que han sido entrevistadas. A las cuales, también queremos agradecer su participación, gracias por abrirnos vuestros corazones y expresar vuestros sentimientos y emociones.

A la Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, por la formación que nos ha impartido durante estos cuatro años, y por hacernos comprender que lo fundamental de la enfermería es la humanidad, la bondad, compañerismo y sobre todo saber cuidar. También a Carme Moncusí Puig, coordinadora del CRAI, por su ayuda en la realización y citación de la literatura y su revisión.

Finalmente, agradecerles a nuestros padres su apoyo incondicional y su soporte emocional durante todo este proceso.

RESUMEN

Introducción: En España suceden más de 25.000 paradas cardiorespiratorias al año, esto significa que estamos ante un problema de salud pública. Por ese motivo, los profesionales sanitarios están en continua formación sobre las maniobras de reanimación cardiopulmonar, ya que, les dan importancia a la buena realización de las técnicas, pero dejan de lado la carga emocional que genera todo este proceso.

Objetivo: Conocer las emociones, percepciones y vivencias ante la Reanimación Cardiopulmonar de enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias de un Hospital de tercer nivel de Tarragona.

Metodología: Se ha realizado una investigación cualitativa. Participaron cuatro enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Universitario Joan XXIII, la elección de las participantes se hizo utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia-pertinencia. Posteriormente se realizó la transcripción de las entrevistas de forma manual.

Resultados: Las emociones negativas que aparecen son tristeza, estrés y frustración, generadas cuando la RCP no ha sido efectiva y el paciente termina falleciendo. Las emociones positivas más comunes son el bienestar y la alegría ya que los profesionales han podido revertir la PCR y el profesional tiene la satisfacción de que ha realizado un buen trabajo.

Conclusiones: Las enfermeras que llevan más tiempo trabajando en urgencias a través de la experiencia han creado una serie de mecanismos o métodos para afrontar aquellas situaciones que les impactado de forma más personal. Dentro de estos métodos el más común y reconocido es el apoyo entre los compañeros.

Palabras clave: experiencias delante de una PCR, enfermeras en el servicio de urgencias, emociones ante la RCP.

ABSTRACT

Introduction: In Spain sadly, there are more than 25,000 cardiorespiratory arrests a year, which means that we are facing a important public health problem. For this reason, the professionals in health are continually training on cardiopulmonary resuscitation, because they give a great importance to the good realization of the techniques, but also leaving aside the emocional part of the process.

Aims: Is to know the emotions, perceptions and experiences of the nurses who work in the emergency service during Cardiopulmonary Resuscitation which is third level in the Hospital of Tarragona.

Method: We have done a qualitative research. Four nurses from the emergency service of the Joan XXIII University Hospital participated in our study, the election of the participants was done using non-probabilistic sampling for convenience-relevance. Afterwards, we transcribed all the interviews manually.

Results: The negative emotions that appear are sadness, stress and frustration, generated when cardiopulmonary resuscitation has not been effective and the patient ends up dying. The most common positive emotions are well-being and happiness because the professionals have been able to reverse cardiac arrest and the professional has the satisfaction that he has done a good job.

Conclusions: Nurses who have been working in the emergency department for a long time through their experience have created a number of mechanisms or methods to face situations that have impacted them in a more personal way. Within these methods the most common and widely recognized is the support between coworkers.

Key words: experiences in front of a cardiac arrest, nurses in the emergency department, emotions in front of the cardiopulmonary resuscitation.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
1. MARCO TEÓRICO	11
1.1 MUERTE SÚBITA Y PARADA CARDIORESPIRATORIA.....	11
1.2 HISTORIA DE LA RCP.....	12
1.3 SOPORTE VITAL (SV).....	14
1.4 PRESENCIA FAMILIAR EN LAS MANIOBRAS DE RCP	17
1.5 FORMACIÓN PROFESIONAL	19
1.6 MODELO DE PATRICIA BENNER.....	22
2. OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	26
3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	33
3.3 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS.....	33
3.4 ÁMBITO DE ESTUDIO	34
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.6 ANÁLISIS DE DATOS	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
3.8 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO	39
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES EN LA RCP	40
4.1.1 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES ANTES DE LA RCP	41
4.1.2 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES DURANTE LA RCP	42
4.1.3 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES DESPUÉS DE LA RCP	46
4.1.4 ABORDAJE DE LAS EMOCIONES EN LA RCP	48
4.1.5 IMPACTO EMOCIONAL	51
4.2 PRESENCIA FAMILIAR ANTE LA RCP	53
4.2.1 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA RCP.....	53
4.2.2 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS DE LAS FAMILIAS QUE PRESENCIAN LA RCP	54
4.2.3 SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES ANTE LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA RCP	55
4.3 ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE LA RCP	56
4.3.1 BUENAS ACTUACIONES ANTE LA RCP	57

4.3.2 ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL QUE FORMA PARTE DE LA RCP	58
4.3.3 REFLEXIONES SOBRE LA ACTUACIÓN DE LA RCP.....	59
4.3.4 ROL DE ENFERMERÍA	60
4.4. LA IMPORTANCIA DE CONOCER LA INFORMACIÓN.....	62
4.4.1. CONOCER AL PACIENTE.....	62
4.5. LA FORMACIÓN GENERA BENEFICIOS.....	63
4.5.1 OPINIONES DE LOS CURSOS DE GESTIÓN DE LAS EMOCIONES	64
4.5.2 OPINIONES DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN SOBRE LA RCP	65
4.6. SOPORTE EMOCIONAL A LA FAMILIA	67
4.6.1. ACOMPAÑAMIENTO A LA FAMILIA DEL PACIENTE	67
5. CONCLUSIONES	69
6. BIBLIOGRAFIA.....	70
7. ANEXOS.....	75
Anexo 1: Algoritmo de Resucitación en el Hospital. ABCDE.....	75
Anexo 2: Entrevista Semiestructurada.....	76
Anexo 3: Datos Sociodemográficos.....	77
Anexo 4: Ficha del Informante.....	82
Anexo 5: Consentimiento Informado.....	83
Anexo 6: Entrevistas	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Artículos identificados y seleccionados en las bases de datos.

Tabla 2. Artículos recuperados en las diferentes bases de datos.

Tabla 3. Características de las informantes.

Tabla 4. Categorías identificadas.

Tabla 5. Categoría Emociones de los profesionales en la RCP.

Tabla 6. Categoría La presencia familiar ante la RCP.

Tabla 7. Categoría Actuación de los profesionales ante la RCP.

Tabla 8. Categoría La importancia de conocer la información.

Tabla 9. Categoría La formación genera beneficios.

Tabla 10. Categoría Soporte emocional a la familia.

ÍNDICE DE GRÁFICA

Gráfica 1. Esquema de revisión bibliográfica.

LISTADO DE ABREVIACIONES

AHA: American Heart Association

AMICAE: Achieving Methods of Intraprofessional Consensus, Assessment, and Evaluation

DEA: Desfibrilador Externo Automatizado

ERC: European Resuscitation Council

FV: Fibrilación Ventricular

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

MS: Muerte Súbita

OHSCAR: Out of Hospital Cardiac Arrest Registry

PCR: Parada Cardiorespiratoria

RCE: Recuperación de circulación espontánea

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

SV: Soporte Vital

SVA: Soporte Vital Avanzado

SVB: Soporte Vital Básico

SVI: Soporte Vital Inmediato

TVSP: Taquicardia Ventricular Sin Pulso

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

La PCR se define como el cese brusco, inesperado y potencialmente reversible de la respiración y circulación, debido al colapso de la perfusión tisular, ocasionando daños en órganos vitales, como el corazón y el cerebro. Se manifiesta clínicamente por inconsciencia, apnea y ausencia de pulso y si se prolonga durante varios minutos lleva, irreversiblemente, a la muerte biológica.¹

El tratamiento de la PCR es la reanimación cardiopulmonar (RCP), junto con el resto de conjunto de acciones que se denomina Soporte Vital (SV), cuyo objetivo es revertir la parada cardiorespiratoria sustituyendo primero las funciones circulatorias y respiratorias, e intentando restablecerlas después.¹

La actuación inmediata ante una PCR marca el pronóstico del paciente, es decir, si el tiempo transcurrido entre una PCR y la realización de las maniobras RCP es mínimo, el paciente tendrá un menor daño en sus órganos, especialmente, en el cerebro.²

La probabilidad de salvación se reduce un 10% por cada minuto que pasa después de la PCR, por eso, es de suma importancia iniciar lo más pronto posible las maniobras de RCP, y si se realizan de manera correcta hay un índice de supervivencia veinte veces mayor que cuando se realiza de manera errónea.³

A nivel epidemiológico, la parada cardiorespiratoria (PCR) es una de las causas más frecuentes de muerte en los países desarrollados. En Europa la incidencia de PCR se sitúa alrededor de 700.000 afectados cada año.⁴ Las PCR están relacionadas con enfermedades cardiovasculares isquémicas que conllevan a arritmias letales, siendo la responsable de la primera causa de muerte en el mundo.⁵

Así pues, en Europa las enfermedades cardíacas representan un 40% de todas las muertes, siendo la PCR responsable de más de 60% de estas muertes en menores de 75 años.⁵

En España suceden más de 25.000 paradas cada año, esto significa que se produce una muerte cada 20 minutos, así pues, estos datos nos indican que estamos delante de un problema de primera magnitud de salud pública⁴.

En nuestro país, existen muy pocos estudios acerca de la epidemiología PCR y solo muestran datos parciales, es por ello que el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, la Empresa pública de Emergencias Sanitarias 061 y los Servicios de Emergencias de la Comunidades Autónomas han puesto en marcha el proyecto denominado OHSCAR (Out of Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry), cuyo objetivo

es obtener un registro global sobre la incidencia y supervivencia de PCR extrahospitalaria.⁶

Otro punto a destacar, es que cuando los profesionales sanitarios se encuentran a un paciente en PCR, ellos actúan con rapidez, ya que su única prioridad en ese momento es salvar la vida al paciente. Por ese motivo, ellos intentan apartar sus sentimientos y preocupaciones para garantizar unas maniobras de RCP de alta calidad.³

Respecto a la sociedad, creemos que, si los profesionales transmiten un buen control de la situación, por ejemplo, en el caso de que las familias estuvieran presentes durante la RCP, ellos se sentirán más seguros al ver que los profesionales tienen una buena coordinación con todo el equipo, ya que cada uno de los miembros estará centrado en qué hacer cada momento, y esto será gracias a la buena gestión de las emociones.

Por esa razón, nuestra investigación tiene como objetivo conocer qué emociones aparecen en las enfermeras durante la RCP, analizar si es un factor influyente en las maniobras de resucitación y saber qué pautas o guías utilizan las enfermeras para controlar dichas emociones. También, nuestra intención es identificar si los sentimientos que aparecen en las enfermeras que participan en el equipo de RCP les afectan de la misma manera.

Además, queremos analizar las opiniones de las enfermeras acerca de la presencia familiar en las maniobras de RCP en adultos, ya que creemos que es un tema poco abordado y con escasa investigación. Los estudios realizados sobre este tema se centran en el paciente pediátrico o en la RCP a domicilio, no en el ámbito hospitalario.⁷

1. MARCO TEÓRICO

1.1 MUERTE SÚBITA Y PARADA CARDIORESPIRATORIA

En muchas ocasiones el término PCR y muerte súbita (MS) se utilizan como sinónimos y esto es un error que se comete muy a menudo, ya que el concepto de MS se utiliza como un enfoque epidemiológico y la PCR como un enfoque clínico.⁷

La muerte súbita (MS) es el fallecimiento repentino e inesperado de una persona aparentemente sana y cuya causa principal es la fibrilación ventricular, provocando un desorden en la actividad eléctrica del corazón impidiendo que éste lata correctamente.⁸

Cuando se produce la MS, las primeras manifestaciones clínicas que aparecen en la persona afectada es la pérdida del pulso, seguida por la pérdida de conocimiento y por último la desaparición de la capacidad de respirar.⁸

En España se producen cada año 30.000 muertes súbitas y la posibilidad de sobrevivir se reduce a 5-10% si sucede en el ámbito extrahospitalario, debido a que la mayoría de gente, a día de hoy, no sabe realizar las maniobras de RCP.⁹

Existen dos grupos "vulnerables" a la MS: el primer grupo son los menores de un año debido a la inmadurez respiratoria y cardiaca y el segundo son los mayores de 60 años.

Por otro lado, se estima que cada año se producen 1.000 muertes repentinas en jóvenes entre 15-30 años con perfil de deportistas, cuya causa del fallecimiento era una enfermedad congénita o arritmias primarias.⁹

Fuera del ámbito hospitalario, especialmente en el domicilio del paciente, se producen alrededor de un 80% de PCR relacionadas con enfermedades en las arterias coronarias, y se estima que un 30% de las personas que sufren un infarto agudo de miocardio (IAM) fallecen antes de llegar al hospital.¹⁰

Por otro lado, un 20% de PCR está causada por problemas no cardiacos, un 10% abarca problemas internos, como los ictus, cáncer y/o neumopatías, y otro 10% están producidas por causas externas, como trauma, intoxicación y/o asfixia.¹⁰

En cuanto al ámbito hospitalario, el porcentaje de PCR es mucho menor y se sitúa, alrededor de un 41%.¹¹

Aproximadamente un 50% de las PCR se produce en áreas de críticos, de los cuales entre un 2% hasta un 30% fueron sometidos a maniobras de RCP pero terminaron

falleciendo. Y se estima que la supervivencia en el ámbito intrahospitalario oscila entre 15-20% y la mayoría de ellas se producen en zonas monitorizadas.¹¹

El restante 50% de las PCR suceden fuera de las áreas monitorizadas y solo 1 de cada 6 afectados sobrevive. Por último, destacar que los datos proporcionados provienen de literatura internacional, ya que, en la actualidad, en nuestro territorio no existe un registro global acerca de las incidencias RCP intrahospitalaria y extrahospitalaria.¹²

1.2 HISTORIA DE LA RCP

Los procedimientos o rituales para devolver a la vida a las personas son tan antiguos como la humanidad. Las civilizaciones pasadas realizaban diferentes actos con la esperanza de revivir aquellas personas que habían perdido.¹³

Las primeras referencias a la PCR y a las posteriores maniobras de reanimación las podemos encontrar en la biblia, concretamente en el Antiguo Testamento, donde consta que el espíritu podía ser dado por otra persona para tratar de devolver la vida, es decir realizar una reanimación a alguien que se está muriendo.¹⁴

En distintas culturas, existían numerosos ritos, para devolver la vida, como tirar de la lengua, mantener la persona boca abajo y subirlo o bajarlo alternativamente, atándolo a un caballo y poner a éste al trote para conseguir reanimarlo o la técnica del barril con la que se rodaba un barril sobre el pecho de la víctima.¹⁴ Los indígenas americanos colocaban estiércol en el abdomen del fallecido creyendo así que volvería a la vida, o insuflaban humo de tabaco a través de las vías respiratorias de la persona.¹⁵ En cambio en la cultura China, se introducía a la persona supuestamente fallecida en aceite caliente.¹³

Respecto a la cultura egipcia, existen diferentes textos que hacen alusión a sacerdotes que practicaban, en forma de ritual, la respiración boca a boca, pero el método fue olvidado durante siglos. No fue hasta partir del 1700 donde aparece nuevamente dentro de las primeras técnicas documentadas de reanimación cardiopulmonar.¹⁵

Referente a la vía aérea, Andrés Vesalio, médico y anatomista, en 1555 fue quien dejó constancia de la primera realización de una traqueotomía, introducía una pajita en la tráquea de perros para mantenerlos vivos y así poder estudiar su anatomía. En 1732 se documentó la reanimación mediante la realización del boca a boca, concretamente

se le realizó a un minero el cual había sido intoxicado por gases. A pesar de que existen pruebas de que los procesos de reanimación son muy antiguos, no es hasta principios del siglo XIX que se comienzan a realizar reanimaciones seguidas con éxito.¹³

La investigación y el desarrollo de las nuevas técnicas de reanimación está relacionada con la aparición de la anestesia general en 1846. El éter y el cloroformo fueron grandes descubrimientos y ayudaron al desarrollo de la cirugía. La anestesia se aplicaba de forma inhábil, pero no se tenía en cuenta la protección de la vía aérea, produciendo obstrucciones de las vías respiratorias superiores, apneas y paros cardíacos. Por ese motivo, para contrarrestar estos inconvenientes, se intentaba realizar una ventilación artificial mediante compresiones torácicas, pero ésta no fue efectiva hasta la llegada de los fuelles, los cuales insuflaban aire que contenían mezclas de gases. Sin embargo, los fuelles ocasionaban barotraumas pulmonares y finalmente se retiraron y se sustituyeron nuevamente por las compresiones torácicas.¹⁴

Respecto a las compresiones torácicas se introdujeron diferentes tipos de técnicas, las cuales perduraron hasta el 1950, como la técnica de Silvester, que consiste en la compresión torácica con los brazos levantados en decúbito supino, la técnica de Shafer, la cual se realizaban compresiones torácicas con el paciente en decúbito prono, o la técnica de Holger-Nielsen en la cual las compresiones se hacían con el paciente en decúbito prono y con los brazos levantados.^{13 14}

La intubación endotraqueal se practicaba de forma esporádica a finales del siglo XIX, principalmente en pacientes afectados por difteria. Pero posteriormente se inició en pacientes anestesiados, a partir del 1920 su uso ya era muy frecuente.¹⁴

Respecto a la desfibrilación eléctrica, se han realizado numerosos experimentos, los cuales se iniciaron a mediados del siglo XVIII, pero esta técnica no floreció hasta principios del siglo XIX. La aparición de muerte súbita por infarto agudo de miocardio era considerada una situación mortal, hasta el 1947, cuando Claude Beck realizó la primera desfibrilación externa en humanos para corregir la fibrilación ventricular y la taquicardia ventricular sin pulso.^{13 14}

También se realizaron otros descubrimientos que facilitaron la realización de la reanimación cardiopulmonar, como la epinefrina la cual fue descubierta en 1890, pero no se utilizó hasta 1906 en pacientes con asistolia, la administración de líquidos

endovenosos, el descubrimiento de los grupos sanguíneos y la invención del electrocardiograma.¹⁴

Las técnicas de reanimación se desarrollaron de forma independiente, pero, en el año 1950 se unieron los procesos de reanimación básica (ABC) y en 1960 se añadieron los pasos de la reanimación avanzada (DEF) que dio paso al nacimiento de la reanimación cardiopulmonar tal y como la conocemos hoy en día.¹⁴

ABC de la reanimación cardiopulmonar básica:

A: Control de la vía aérea

B: Ventilación

C: Circulación¹⁴

En 1960 se añadieron los pasos DEF de la reanimación cardiopulmonar avanzada:

D: Drogas y líquidos

E: Electrocardiograma

F: Tratamiento de la fibrilación ventricular¹⁴

El apoyo vital básico seguido del avanzado, con la intubación endotraqueal, terapia de líquidos endovenosos, el electrocardiograma y la ventilación mecánica fueron agrupados en el Comité de Reanimación Cardiopulmonar de la American HeartAssociation.¹⁴

1.3 SOPORTE VITAL (SV)

El SV abarca un conjunto de actuaciones que van desde la protección del área o el medio afectado, hasta la puesta en marcha de una metodología específica y universal conocida como Cadena de supervivencia.¹⁶

El concepto SV engloba la educación y la difusión de conocimientos sobre la RCP. Existen dos tipos de SV:

1. Soporte vital básico (SVB)

Son todas aquellas actuaciones encaminadas a mantener la permeabilidad de la vía aérea y el soporte respiratorio y circulatorio sin el uso de otro equipo, utilizando únicamente nuestras manos y conocimientos.¹⁶

2. Soporte vital avanzado (SVA)

Participa un equipo entrenado utilizando fármacos y material especializado. Durante la reanimación del individuo, se seguirá un algoritmo de actuación dirigido por el médico

responsable, que nos indicará qué maniobras realizar y los fármacos que debemos administrar¹⁶.

El reconocimiento precoz y la prevención cardiaca es el primer paso de la cadena de supervivencia en el soporte vital avanzado. Por ese motivo, es de suma importancia de que el centro hospitalario disponga de un sistema de cuidados ante las paradas cardiorespiratorias que incluyan:¹⁶

- a) Formación del personal ante los signos de alarma y formas de actuación
- b) Monitorización de los pacientes
- c) La creación de protocolos y directrices que ayuden a los profesionales a detectar la situación
- d) Un sistema rápido y eficaz para solicitar ayuda
- e) Una respuesta adecuada a las llamadas de ayuda¹⁶

En el medio hospitalario cuando se produce una parada cardíaca, se realiza tanto el SVB como SVA. En la práctica el proceso de reanimación es continuo, por lo tanto, la división entre los dos soportes es prácticamente arbitraria.¹⁶

El primer paso en el SVB en el medio intrahospitalario ante un paciente en parada o aparentemente inconsciente es solicitar ayuda (Anexo 1). Posteriormente hay que evaluar si el paciente responde, para eso hay que agitar suavemente por los hombros al paciente y preguntar en voz alta y clara cómo se encuentra.¹⁶

Si el paciente responde, es necesaria una evaluación médica urgente, normalmente interviene un equipo de resucitación. Mientras se espera este equipo hay que administrar oxígeno, monitorizar al paciente e insertar una vía periférica.¹⁶

Si el paciente no responde:

- Pedir ayuda
- Girar al paciente de forma que quede en decúbito supino, y abrir la vía aérea para comprobar la respiración:
 - Realizar la maniobra frente-mentón
 - Mientras se mantiene la vía aérea abierta, hay que mirar si se mueve el tórax, escuchar si hay sonidos respiratorios y sentir el aire en la mejilla. Para determinar si el paciente respira correctamente, hay que mirar, escuchar y sentir durante 10 segundos.¹⁶

- Comprobar si hay signos de circulación:
 - En numerosas ocasiones es difícil determinar si el paciente tiene pulso o no, por ese motivo ante la duda hay que comenzar las maniobras de RCP. Si se le realizan compresiones torácicas a un paciente que no está en paro, la probabilidad de hacer daño es muy poca. En cambio, si nos retrasamos en el diagnóstico de parada cardíaca e iniciamos la RCP más tarde puede afectar negativamente en la supervivencia del paciente.¹⁶
 - Realizar 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones
 - Se debe comprimir una profundidad de 5 cm no más de 6 cm, y éstas deben realizarse en una frecuencia de 100-120 por minuto y ventilar los pulmones a 10 ventilaciones por minuto.
 - Dejar que el pecho se expanda después de cada compresión y realizar las compresiones sin interrupciones y de la máxima calidad posible.
 - Cambiar la persona que realiza las compresiones cada dos minutos, ya que la realización de compresiones de alta calidad de forma prolongada produce cansancio.

Posteriormente se realizarán los pasos del Soporte Vital Avanzado, que consiste en los pasos siguientes:

- Mientras una persona empieza las maniobras de RCP, otro miembro del equipo deberá conseguir un equipo de resucitación y un desfibrilador. En el caso que solo haya un profesional se deberá dejar solo al paciente, para poder ir a coger el material.¹⁶
- Mantener la vía aérea y ventilar los pulmones mediante la introducción de un tubo de Guedel, posteriormente se colocará una mascarilla y se ventilará al paciente mediante el balón de resucitación manual. Administrar suficiente volumen de aire para producir la elevación normal del torax.¹⁶
- A continuación, se procedería a la intubación traqueal, pero este proceso solo pueden realizarlo aquellos profesionales que estén formados en esta técnica.¹⁶
- Añadir oxígeno suplementario, tan pronto como sea posible para administrar mayor concentración de oxígeno inspirado.¹⁶
- Una vez que tengamos el desfibrilador, hay que colocar los parches al paciente mientras se continúa con las compresiones, y después parar éstas brevemente para que el aparato pueda analizar el ritmo, en el caso que sea un desfibrilador externo automatizado (DEA). Por otro lado, sino hay desfibrilador con parches adhesivos utilizar el desfibrilador de palas.¹⁶

- Si se dispone de un desfibrilador manual (con palas) los ritmos desfibrilables son: la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP). En este caso hay que cargar el desfibrilador mientras otra persona continúa con las compresiones. Cuando el desfibrilador este cargado, parar las compresiones, administrar la descarga y después iniciar nuevamente las compresiones.¹⁶
- En el caso que sea un DEA seguir las instrucciones de voz.
- Respecto los niveles de energía para la descarga de desfibrilación éstas deben ser de 150 Julios en desfibriladores bifásicos y de 360 Julios en los monofásicos.¹⁶
- Una vez administrada la descarga, hay que reanudar sin demora la RCP, continuar durante 2 minutos, y luego hacer una breve pausa para valorar el ritmo, si persiste la FV/TVSP dar una segunda descarga. Reiniciar nuevamente las maniobras de RCP durante otros 2 minutos, valorar otra vez el ritmo y si sigue en FV/TVSP realizar una tercera descarga, y continuar así el ciclo.¹⁶
- Durante los siguientes 2 minutos de RCP administrar:
 - 1 mg de adrenalina
 - 300 mg de amiodarona
- Después de la dosis inicial de adrenalina, hay que administrar dosis de 1 mg de adrenalina cada 3-5 minutos hasta que se consiga la recuperación de la circulación espontánea (RCE).¹⁶

1.4 PRESENCIA FAMILIAR EN LAS MANIOBRAS DE RCP

Según el ERC, la presencia familiar mientras se está realizando la RCP es un derecho, ya que debe haber una unión entre la familia y los profesionales para la toma de decisiones ante el paciente.⁷ Pero actualmente de los 32 países que pertenecen a Europa solo en 10 se permite a los familiares estar presente en la RCP demostrando así que existe un gran factor cultural ante esta práctica.¹⁷ Como hemos comentado no es una práctica común, a pesar de que se han realizado numerosas investigaciones e estudios analizando y demostrando los beneficios que presenta, pero los profesionales sanitarios son reacios a esta práctica.⁷

Dentro de los beneficios de la presencia familiar encontramos una mejor valoración de la profesionalidad de los sanitarios y la humanización de los cuidados por parte del equipo. Respecto a los familiares reduce su ansiedad, elimina el sentimiento de abandono que pueden sentir por estar lejos de su ser querido, además aumenta su

sensación de control y les permite estar junto al paciente en los que podrían ser sus últimos momentos. También reduce el duelo complicado, la depresión y el estrés postraumático. Pero, la presencia familiar también puede tener sus consecuencias negativas: puede aumentar el estrés y las distracciones de los sanitarios.¹⁷

Los profesionales también pueden obtener beneficios de esta práctica, ya que se puede consultar a los familiares información relevante del paciente y crear un vínculo de confianza entre ellos, disminuyendo así las situaciones de estrés o agresividad de las familias hacia los sanitarios. Pero, los profesionales sanitarios tienen temor de ocasionar daño psicológico a los familiares, el aumento de las demandas judiciales, que las distracciones puedan ocasionar errores y las reacciones de los familiares.¹⁷

Según un estudio realizado en el País Vasco en el 2017, los profesionales sanitarios presentaban opiniones contradictorias, muchos comentaban estar preocupados debido a que las maniobras de RCP o procedimientos invasivos pudieran ocasionar mayor trauma psicológico a las familias. Pero, en cambio, algunos profesionales remarcan los beneficios que pueden producir observar los esfuerzos realizados para mantener con vida a su ser querido. Aunque hay opiniones encontradas, todos los participantes coinciden en que durante ese proceso un profesional debe acompañar en todo momento a la familia y explicarles que sucede, para evitar confusiones que podrían hacer más traumática la experiencia.⁷

El principal miedo de los sanitarios es que, a causa de una mala actuación, los familiares les culpen de la muerte del paciente, ya que en esos momentos de tensión algunas palabras o acciones de los profesionales se pueden malinterpretar y se considere que no se está realizando un buen trabajo. Estos hechos producen inseguridad a los profesionales, pudiendo repercutir en las maniobras de RCP. La mayoría de profesionales entrevistados en otro estudio, reconocieron que la presencia de los familiares, aumenta la presión del equipo, y que se fuerce las maniobras en pacientes no reanimables, es lo que se denomina “slowcode”. La realización del “slowcode” muestra la ineficacia de los profesionales de comunicarse en estas situaciones y el miedo que se tiene a posteriores reclamaciones.⁷

A pesar de los miedos de los profesionales, éstos están de acuerdo en que el medio intrahospitalario no está preparado ni favorece la presencia de los familiares en la RCP. En el hospital existe una cultura de poder o un orden social en el que control es ejercido por los sanitarios y esto es aceptado por los pacientes y familiares.⁷

Como se demuestra en diferentes estudios hay numerosas ventajas de la presencia familiar en la RCP, pero por parte de los profesionales existe una opinión desfavorable, marcando así la brecha que hay entre las publicaciones y las creencias de los sanitarios.¹⁷

1.5 FORMACIÓN PROFESIONAL

En el año 1960 cuando apareció la reanimación cardiopulmonar avanzada, se empezó a utilizar el primer maniquí con el que practicaban las maniobras de resucitación, desde entonces, los cursos de formación a dichas maniobras han sido de gran utilidad para tratar la PCR.¹⁸

Con los años, estos cursos han ido creciendo y actualizándose, pero para ello, se han realizado innumerables estudios científicos con el objetivo de evaluar la efectividad de diferentes técnicas de reanimación; para después, trasladarlo a un entorno sanitario y evaluar su efecto sobre la supervivencia de las víctimas.¹⁸

En referencia a los estudios encontrados, la mayoría, tenían como objetivo la valoración de los conocimientos de RCP a los profesionales sanitarios y determinar si los cursos de formación en resucitación están relacionados con dichos conocimientos.

Por otro lado, hay que destacar que las Recomendaciones 2015 del European Resuscitation Council (ERC) y las Guías de la American Heart Association del 2018, todavía no saben con certeza los intervalos de reciclaje de los cursos de formación y solo indican que debería ser un reciclaje frecuente “poco concentrado y breve”, ya que un curso anual no es suficiente dado que diversos proyectos de investigación han comprobado que los conocimientos de la RCP se deterioran unos meses después de haber recibido la formación.^{19,20}

Uno de los estudios, tuvo lugar en La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia entre diciembre del 2012 y mayo 2013, este proyecto se realizó al personal sanitario de los servicios de urgencias de diferentes Hospitales públicos, con el objetivo de valorar el nivel de conocimientos de la RCP. El tamaño de la muestra fue de 198 encuestados de los 408 profesionales: 71 eran médicos adjuntos, 35 eran residentes de diferentes años y 92 eran enfermeras.²¹

En este estudio se pasaron cuestionarios sobre los conocimientos de RCP, donde las preguntas estaban relacionadas con el SVB, SVA y las actualizaciones de la guía práctica clínica en RCP de la AHA (American Heart Association) del 2010. También se recogieron datos de carácter socio-laboral y demográfico.²¹

Después de analizar las respuestas, los resultados fueron los siguientes: el 51,5% superó la prueba de RCP, el 52,5% la parte de SVB, 56,1% la parte de SVA y sólo un 35,4% aprobaron las preguntas de actualizaciones. También este estudio quería comprobar si la experiencia laboral estaba relacionada con los conocimientos de la RCP, y pudieron concluir que los años de experiencia sí determinaba estos conocimientos, y que se necesita al menos 6 años trabajados en un servicio de urgencias para adquirir el máximo nivel de conocimientos en RCP.²¹

Otro dato a destacar, es la formación en RCP, con los datos obtenidos pudieron concluir que cuantos más años de experiencia laboral en un servicio de urgencias, los profesionales sanitarios estaban más dispuestos a realizar varios cursos de formación de la RCP. Así pues, este estudio hace hincapié de la importancia sobre una formación continuada para todos los profesionales, e incluso los propios sanitarios reclaman una enseñanza periódica obligatoria.²¹

Otro estudio, se realizó en el Hospital Oriente de Asturias, cuyo objetivo era evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la RCP. El tamaño de muestra utilizado fue de 65 encuestados de los 86 enfermeros/as, para la realización de este estudio, se pasaron encuestas con preguntas relacionadas sobre la experiencia laboral, formación y conocimientos de la RCP e interés en recibir formación/reciclaje de reanimación.²²

Después de analizar las respuestas se dieron cuenta que los enfermeros que tenían una experiencia laboral entre 13-15 años, presentaban un mayor nivel de conocimientos en RCP y por lo tanto sentían mayor seguridad y un mejor manejo de la situación. Así pues, este estudio también remarca la necesidad de cursos formativos sobre la RCP a todos los profesionales, y sobre todo la realización de reciclajes.²²

Otro proyecto que se realizó, fue en un Hospital de servicio de emergencia del Reino Unido entre el año 2002 y 2007 al personal médico y a enfermería, con el objetivo de integrar tres elementos claves en esta unidad: un curso de soporte vital, la desfibrilación externa automatizada (DEA) y un sistema de alerta médica de emergencia.²³

Para conseguir estos tres elementos, primero se inició una fase piloto, para posteriormente introducirlo en el Hospital. Primero, se empezó con un curso multiprofesional de 1 día cada año, donde se impartió conocimientos teóricos y prácticos con maniquí de simulación, para identificar y tratar a los pacientes en PCR.²³

En abril de 2006, las clases prácticas fueron adoptadas oficialmente en los cursos de Soporte Vital Inmediato (SVI) del Consejo de Resucitación del Reino Unido e indicaban la necesidad de un instructor para impartir estas clases y la obligación de una evaluación continuada.²³

En cuanto al sistema de alerta, todas las llamadas de emergencias se notificaron al equipo de PCR, que estaba compuesto por médicos internos, residentes, anestesiólogo y una enfermera.²³

Entre el 2002-2007 recibieron un total de 3.126 llamadas de alerta de emergencia intrahospitalaria, que se agrupaban en diferentes grupos: recibieron 1.131 llamadas previas a la PCR, y 1.995 llamadas durante la PCR.²³

Durante el estudio pudieron concluir que las llamadas de alerta previas a la PCR sufrían un gran aumento, ya que pasó de un 15% de llamadas en el 2002 a un 55% en el 2007, y esto es debido a que los profesionales reaccionaban con antelación antes de que el paciente entrara en una parada cardiorrespiratoria. Por lo tanto, esto ocasionaba que el paciente tuviera mayor probabilidad de supervivencia y con menor secuelas neurológicas.²³

En cuanto a las llamadas durante una PCR hubo un descenso, dado que pasó de un 85% de llamadas de alerta en el 2002 a un 45% en el 2007, ya que los profesionales de salud que estaban presentes tenían la capacidad necesaria para realizar las maniobras de RCP hasta su estabilización.²³

Por último, con respecto al porcentaje de supervivencia al alta de todos los pacientes atendidos por todas las llamadas de alerta, pasó de un 28% en el 2004 a un 39% en el 2007.²³

Por lo tanto, este estudio pudo concluir que la introducción del curso SVI estaba estrechamente relacionada con la reducción del número de PCR, ya que, si los profesionales sanitarios identificaban a los pacientes en una fase previa a la PCR, había un gran aumento en la supervivencia. Así pues, este proyecto, también remarca la importancia de los cursos de formación continuada a todos los profesionales sanitarios y no solamente a aquellos que trabajan en servicios de urgencias, ya que aporta grandes resultados beneficiosos tanto a los profesionales como a los pacientes.²³

1.6 MODELO DE PATRICIA BENNER

En el año 1964 Patricia Benner se licenció en Enfermería en California. Posteriormente cursó un máster de especialización en Enfermería médico-quirúrgico. Benner, ha escrito diferentes libros y ha ganado numerosos premios y reconocimientos por sus proyectos, por ejemplo, en 1990, recibió el Premio a la Excelencia en Investigación de Enfermería y a la Excelencia en Formación en Enfermería de la California Organization of Nurse Executives.²⁴

También, Benner, dentro de sus estudios realizó distinciones teóricas de diferentes términos, por ejemplo, diferenció entre el “saber práctico” y el “saber teórico”, afirmando que el “saber teórico” es útil para que la persona asimile un conocimiento y relacione las causas entre diferentes acontecimientos. En cambio, el “saber práctico”, proporciona nuevos conocimientos a partir de la práctica clínica.²⁵

Por otro lado, Patricia creó un modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, donde las enfermeras pasaban de principiante a experta, superando los siguientes niveles: ^{24 25}

1. **Principiante:** hace referencia a las enfermeras inexpertas que deben enfrentarse a una situación nueva. En este nivel estarían las estudiantes de enfermería o enfermeras que son nuevas en una unidad o son expertas en un determinado servicio, pero ha surgido un suceso que son extrañas para ellas.^{24 25}
2. **Principiante avanzada:** en este estadio se sitúan las enfermeras recién graduadas que se sienten responsables del cuidado de sus pacientes, pero que necesitan consejos de las enfermeras expertas. Así pues, las enfermeras todavía no tienen una visión más amplia y por lo tanto no pueden dominar la situación.^{24 25}
3. **Competente:** las enfermeras se centran demasiado en la planificación de sus labores y en la gestión del tiempo, en vez de centrarse en la planificación del tiempo relacionado con las necesidades del paciente. Además, las enfermeras deben empezar a reconocer qué factores de la situación a la que se enfrentan son importantes y cuáles no.^{24 25}

Benner, también hace referencia a los sentimientos de las enfermeras, indicando que ellas sienten una gran satisfacción cuando realizan una buena labor, así como también sienten remordimiento cuando su rendimiento no ha sido el adecuado porque no prestaron atención a los signos o síntomas relevantes.^{24 25}

4. **Eficiente:** en este nivel, nos encontramos con las enfermeras que tienen una visión global, teniendo en cuenta tanto a la familia como al paciente. También, ellas poseen un dominio intuitivo de la situación a partir de una información, y se sienten más seguras de sus habilidades y conocimientos.^{24 25}
5. **Experta:** la enfermera experta posee un gran dominio clínico y, por lo tanto, es capaz de identificar el origen del problema sin perder el tiempo en diagnósticos alternativos. Además, tienen una visión general y consideran que es de gran importancia conocer las necesidades y preocupaciones de los pacientes, de esta manera, podrán crear un plan de cuidados. Otro aspecto de las enfermeras expertas, es que, al tener una visión general de la situación, son capaces de prever lo inesperado y así actuar lo antes posible.^{24 25}

En el año 1984 Benner formó parte del proyecto AMICAE (Achieving Methods of Intraprofessional Consensus, Assessment, and Evaluation), cuyo objetivo era descubrir si había diferencias entre las descripciones de principiante y experta sobre una misma situación clínica real. Para conseguir este objetivo, realizó un cuestionario y entrevistas a más de 1.200 enfermeras. Después de haber analizado las informaciones proporcionadas por las enfermeras, pudo extraer 31 competencias que se derivaron en los siguientes siete dominios: ^{24 25}

1. El rol de ayuda
2. La función de enseñanza-formación
3. La función de diagnóstico y seguimiento del paciente
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez
5. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos
6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud
7. Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

Benner destacó estos dominios y competencias para potenciar los conocimientos adquiridos a partir de la práctica, e indica que cada una de esas características se deben adaptar a la institución y a la unidad.^{24 25}

Posteriormente, Benner junto con otras autoras realizaron diferentes investigaciones relacionadas con el cuidado a pacientes graves, con el objetivo de saber cómo eran los conocimientos y habilidades de una enfermera experta.²⁶

Una enfermera que trabaje en los servicios de urgencias tiene que ser capaz de liderar, proponer soluciones de manera inmediata y tener una visión global, de esta manera el paciente recibirá una atención integral y se le podrá atender todas sus necesidades.²⁶

También, añaden las autoras que, formar parte del equipo de enfermería implica ser responsable, autónoma, rápida y franca. Todo esto, garantizará un aprendizaje e integración de conocimientos, previsión clínica, compromiso interpersonal con los pacientes, integración del razonamiento clínico y ético.²⁶

Por último, las autoras aseguran que al estar en una situación donde el paciente se encuentra en un estado grave, los profesionales están sometidos a un estado de nerviosismo y estrés. Por lo tanto, es importante que el equipo de profesionales sanitarios mantenga una buena comunicación, estén de acuerdo con la solución al problema y que haya una actuación rápida, con el único objetivo de proporcionar una atención de calidad al paciente.²⁶

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las emociones, percepciones y vivencias ante la Reanimación Cardiopulmonar de enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias de un Hospital de tercer nivel de Tarragona.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar los sentimientos generados ante la RCP de enfermeras principiantes y enfermeras expertas.
- Describir cómo se siente la enfermera ante esta situación y cómo influyen esas emociones en la realización de la RCP.
- Identificar las diferencias de afrontamiento de las enfermeras según el grado de expertez.
- Determinar la eficacia de los cursos de formación de la RCP que han realizado los profesionales.
- Saber la opinión de las enfermeras sobre la presencia familiar ante las maniobras de RCP.

3. METODOLOGÍA

3.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En relación a los objetivos propuestos se ha realizado en primer lugar una búsqueda bibliográfica sistematizada que nos ha permitido realizar el marco teórico y la realización de la discusión de los resultados del estudio fenomenológico. Se ha obtenido información sobre el Soporte Vital Avanzado y su formación, la presencia familiar ante la RCP y las técnicas para gestionar las emociones que surgen ante esta situación.

Para ello se utilizaron los siguientes descriptores: *RCP, epidemiología parada cardíaca, muerte súbita, fisiología PCR, historia reanimación cardiopulmonar, presencia familiar RCP, conocimientos profesionales sanitarios RCP, cardiac massage, programa hospitalario formación PCR y hospital cardiac arrest.*

Estos descriptores fueron utilizados para determinar la estrategia de búsqueda, relacionados entre sí con los operadores booleanos AND y OR. Se utilizó una combinación de lenguaje natural y específico en el que se tuvo en cuenta tanto los resúmenes como los títulos de los artículos. La búsqueda se completó utilizando filtros de año de publicación e idioma.

Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

- Artículos en español e inglés
- Artículos desde 2009 hasta el 2019. Pero los artículos encontrados que hacen referencia a la historia de la RCP son anteriores a éste intervalo
- Artículos relacionados con el tema de estudio

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Dificultad para la obtención del texto completo
- Artículos de pago
- Artículos que no tengan metodología científica.

Las bases de datos utilizados fueron DIALNET, PUBMED, IBECS, GOOGLE SCHOLAR y CINHALL. Se encontraron un total de 2.043 artículos en las bases de datos mencionadas, de los cuales 27 artículos cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

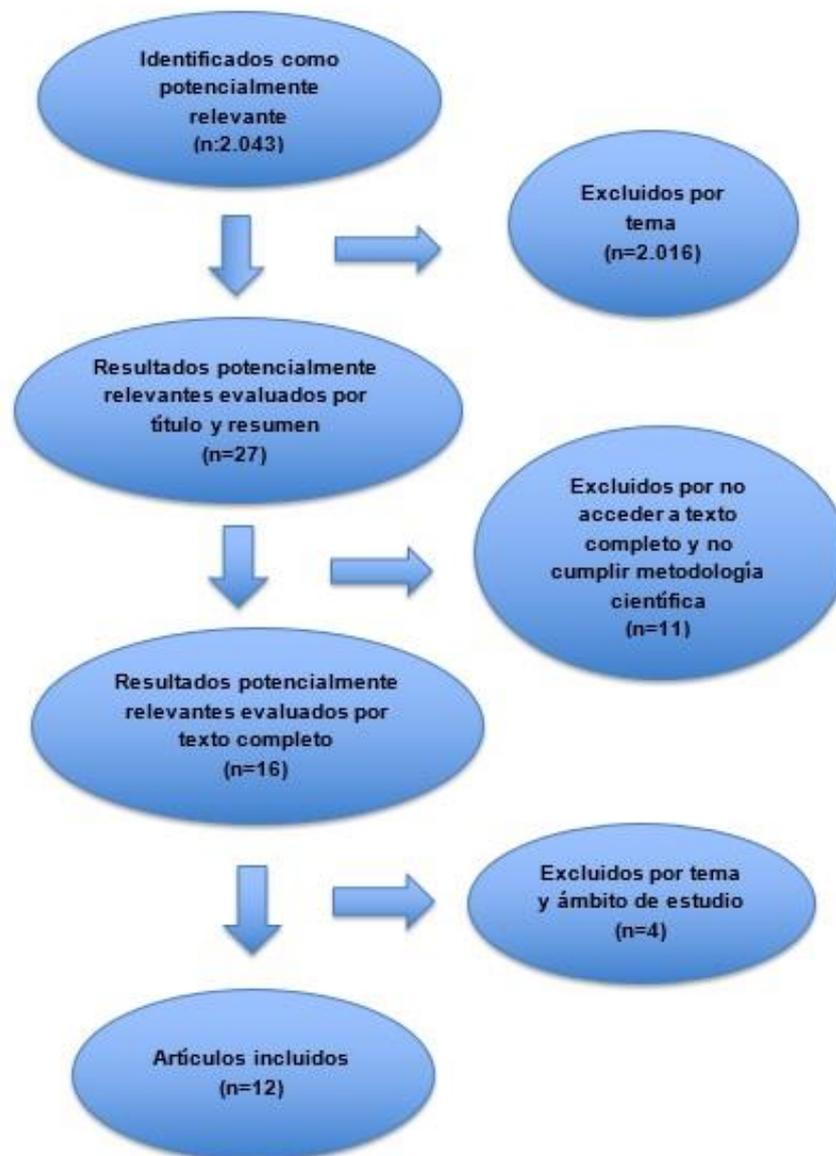
La tabla siguiente muestra el número de artículos identificados y posteriormente seleccionados en las diferentes bases de datos:

Base de Datos	Artículos identificados	Artículos seleccionados
DIALNET	26	7
PUBMED	13	3
IBECS	14	6
GOOGLE SCHOLAR	1.990	11

Tabla 1. Artículos identificados y seleccionados en las bases de datos. Fuente:
Elaboración propia

Después de haber realizado una lectura exhaustiva de los documentos, se volvió a realizar una nueva selección, eliminando los documentos que no estaban relacionados con nuestro tema de investigación, obteniendo como resultado final 12 artículos.

El proceso de aplicación de criterios inclusión y exclusión en la búsqueda bibliográfica se resume en la siguiente gráfica:



Gráfica 1. Esquema de revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia

Los artículos seleccionados en ésta búsqueda bibliográfica se explican con detalle en la tabla siguiente:

Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos de estudio	Participantes	Resultados	Conclusiones
Huerta-Torrijos, Díaz, García-Martínez (2001)	Revisión bibliográfica	Recopilar todos aquellos métodos de reanimación cardiopulmonar que existieron a lo largo de la historia y su desarrollo a través del tiempo.			La reanimación cardiopulmonar y cerebral tiene sus inicios a partir del año 1900. Los pasos A y B aparecen a partir del 1950 y se introduce el paso C en 1960. En 1961 se introdujo el soporte vital avanzado.
Tiberio Álvarez (1989)	Revisión bibliográfica	Repaso de algunos métodos de reanimación empleados a través de la historia.			Se deben enseñar las técnicas apropiadas de reanimación cardiopulmonar a los profesionales sanitarios ya que repercutirá en un gran beneficio a la comunidad.
Tiscar, Gastaldo, Moreno, Peter, Rodriguez, Gea (2017)	Estudio cualitativo	Explorar la percepción acerca de la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar en pacientes adultos, de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos.	Se desarrollaron 4 grupos de discusión: uno de pacientes y familiares, 2 de enfermeras y 1 de médicos.	Se identificaron tres categorías significativas: impacto de la actuación familiar; peso de la responsabilidad ética y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.	Los pacientes y familiares describieron temor y resistencia a la presencia de RCP. En cambio los profesionales sanitarios consideran que es una práctica poco habitual y que se debe valorar cada caso de forma aislada.
Asencio, Reguera (2016)	Estudio observacional descriptivo transversal	Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia familiar durante las maniobras de RCP.	Personal médico y/o enfermero con experiencia laboral en servicios de Urgencias y Emergencias o Cuidados Críticos. En total 315 participantes.	El 45% cree que la presencia familiar durante la RCP no es una demanda de los usuarios. El 64% valora de forma negativa esta práctica. El 45% opina que evitaría sufrimiento de abandono de los familiares. El 30% no cree que ayude a reducir la ansiedad de los familiares. La mayoría señala que la presencia familiar provocaría situaciones de violencia y más errores en la atención.	La mayoría de los profesionales percibe más riesgos que beneficios, mostrándose desfavorables a permitir la presencia familiar debido al miedo a las reacciones que estos pudieran presentar hacia el equipo.

Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos de estudio	Participantes	Resultados	Conclusiones
Sánchez García, Fernández Alemás, Alonso Pérez, Hernandez Hernández, Navarro Valverde, Rosillo Castro. (2015)	Estudio descriptivo transversal y multicéntrico	Conocer cuál es el nivel de conocimientos en RCP de los profesionales sanitarios y constatar si la realización de cursos en el tiempo recomendado mejora el nivel de conocimientos.	198 profesionales sanitarios: 71 médicos adjuntos, 35 residentes de distintos años y 92 enfermeras.	La totalidad de los encuestados no sigue los estándares internacionales de realización de cursos de actualización de conocimientos. El 64,7% se actualizó después del 2010 y 10,1% nunca se actualizó. El 30% de los médicos, el 90% de los residentes y el 7% de los enfermeros, no superaban el umbral mínimo de formación establecido por la AHA en servicios de urgencias hospitalarias.	Es necesario realizar cambios en la metodología de aprendizaje de los cursos impartidos en materia de RCP para profesionales. Se destaca que el profesional sanitario si está concienciado de la necesidad de formación en esta materia.
María Esther Peláez Sánchez (2016)	Estudio descriptivo transversal.	Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) sobre RCP. Conocer el grado de formación en RCP.	65 profesionales de enfermería de diferentes unidades del HOA: Urgencias-Uvi móvil, UCA (Unidad de Cuidados Avanzados), Reanimación, Quirófano, Diálisis, Hospitalización y Consultas.	El 71% de los profesionales han recibido formación en RCP durante su experiencia laboral, aunque sólo el 20% hace menos de 2 años. El 76,9% han contestado correctamente los conocimientos sobre RCP, siendo Urgencias-Uvi móvil, UCA (Unidad de Cuidados Avanzados) y Reanimación mayor nivel de conocimientos. Cuando se compara los conocimientos del personal de enfermería con la experiencia laboral y con la cognición del plan de actuación, se ve un mayor nivel de los mismo entre el personal que tiene una experiencia laboral entre 14-20 años y entre 13 y 15 años respectivamente.	Necesidad de organizar cursos de formación de RCP en el HOA. El interés de los enfermeros del HOA en recibir formación es muy elevado.
Sperarpoint, Gruber, Brett (2009)	Estudio observacional y proyecto de mejora de la calidad.	Introducir un curso de apoyo inmediato a la vida en las instituciones y posteriormente realizar un análisis para determinar el impacto en la incidencia y el resultado de la parada cardiorespiratoria en el hospital.	Pacientes que sufren una parada cardiaca o previa a ésta en un Hospital del Reino Unido.	Se observa una reducción en la proporción de llamadas durante una PCR de 85% en 2002 a 45% en 2007, un aumento en la proporción de llamadas previa-PCR de 15% en 2002 a un 55% en 2007. Una reducción de las muertes en PCR y una mayor supervivencia al alta hospitalaria tras una llamada de emergencias del 28% en 2004 al 39% en 2007. Hubo una relación temporal entre la proporción de personal que realizó el curso de Soporte Vital Inmediato (SVI) y los resultados.	La introducción de un programa educativo simple y extenso fue asociada a una reducción tanto en el número de PCR en el hospital e intentos sin éxito de reanimación cardiopulmonar.

Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos de estudio	Participantes	Resultados	Conclusiones
Carrillo Algarra, García Serrano, Cárdenas Orjuela, Díaz Sánchez, YabrudyWilches . (2013)	Revisión bibliográfica	Explorar la aplicación de la filosofía de Patricia Benner en el ámbito clínico.			La filosofía de Benner es aplicable a la práctica clínica en la cual la enfermera inicia en el nivel de principiante y a medida que se enfrenta a situaciones diversas en las cuales aplica los conocimientos adquiridos o busca nueva información que le permita la resolución asertiva de las diferentes problemáticas.
Fernández-Aedo, Pérez-Urdiales, Unanue-Arza, García-Azpiazu, Ballesteros-Peña (2016)	Estudio de análisis de contenido de cualitativo	Explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de las enfermeras y técnicos de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de resucitación con resultado de muerte.	Participaron 7 técnicos en emergencias y 6 enfermeras seleccionados mediante muestreo no probabilístico entre los trabajadores del ámbito de las emergencias sanitarias del País Vasco.	Tras una reanimación fallida afloran diversas reacciones a corto y a largo plazo. Pueden ser negativas, como la tristeza o la incertidumbre, o positivas, como la sensación de certeza con respecto a haber hecho todo lo posible por salvar la vida del paciente. El estrés emocional aumenta a la hora de interactuar con la familia del fallecido o cuando el paciente es un niño, pero los profesionales no contemplan técnicas de afrontamiento más allá de compartir sus emociones con los compañeros de trabajo.	La muerte después de una reanimación fallida puede verse como una experiencia traumática para los reanimadores. Estar en contacto con el sufrimiento de los demás es un factor emocional que genera estrés y tiene repercusiones directas en la vida laboral y personal de los profesionales de emergencias. Las técnicas de afrontamiento estructurado no son comunes entre los profesionales.
Navalpoto-Pascuala, Blanco-Blancoby , Torre-Puenteca (2018)	Investigación cualitativa de enfoque fenomenológico	Conocer el fenómeno de la reanimación cardiopulmonar captando los significados que los profesionales le dan a la conducta de reanimar y su relación con la teoría social cognitiva.	Se creó un grupo focal de profesionales en el que participaron 3 médicos, 4 enfermeras y 2 técnicos.	Se exploraron de forma holística los fenómenos que afectan a las personas implicadas en una reanimación cardiopulmonar. Se identificaron los aspectos relevantes para sentirse capaces de realizar una reanimación cardiopulmonar, así como aquellos que pueden obstaculizar la conducta. Se encontraron 2 dimensiones, factores personales y situacionales, así como varias categorías en cada dimensión.	La autoeficacia del profesional en una reanimación cardiopulmonar no depende solo de las competencias técnicas adquiridas. Los factores personales y situacionales influyen cognitivamente y emocionalmente en el profesional, pudiendo variar su conducta. En la práctica clínica y docente, permite mejorar las competencias de reanimación cardiopulmonar y diseñar programas de formación individualizados.

Autores y año de publicación	Tipo de estudio	Objetivos de estudio	Participantes	Resultados	Conclusiones
Nespereira-Campuzano, Vázquez-Campo (2016)	Estudio observacional, descriptivo transversal con enfoque cuantitativo.	Determinar los niveles de estrés e identificar si existe relación entre la inteligencia emocional y el estrés laboral en enfermeras y auxiliares de enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo, Hospitalario Universitario de Ourense.	Participaron un total de 60 profesionales, de los cuales, 36 eran enfermeras y 24 técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería.	Los resultados mostraron un déficit en el área de atención emocional, con una puntuación de 22,87, situándose la claridad emocional y la reparación de emociones en valores normales, con valores de 26,42 y 26,60, respectivamente. Los niveles de burnout muestran unas puntuaciones totales medias entre los 22,11 puntos para las enfermeras y 22,96 para los técnicos auxiliares de cuidados. La puntuación media obtenida en la dimensión de despersonalización fue de 8,05, en cansancio emocional 6,90 y en el componente de realización profesional 7,50. Se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre la situación laboral y la claridad emocional ($r = 0,276$; $p = 0,033$) y entre esta y la realización personal ($r = 0,277$; $p = 0,032$) y la organización ($r = 0,316$; $p = 0,014$).	Los profesionales de Enfermería del servicio de urgencias presentan niveles medios-altos de burnout, siendo la despersonalización el síntoma que refleja los valores más elevados.
Rodríguez (2012)	Revisión bibliográfica	Analizar las vivencias en actuaciones emergentes que se verán influenciados por las emociones personales mostrando que las actuaciones del día a día son sumatorias a la situación personal individual del profesional, haciendo que las percepciones personales y los sentimientos afloren.		Se reflexiona en base a tres argumentos: los principios de la bioética, la normativa legal y la documentación científica. Además, se exponen aspectos personales del profesional de enfermería.	Existen diversos aspectos que valorar en una actuación urgente, respaldada por multitud de normativa y de aspectos que nos llevaría folios y discusiones varias sobre qué es lo más conveniente o inconveniente en diversos momentos y en situaciones que, a priori, son desalentadoras y precipitadas y en los que el profesional que las atiende, en ocasiones, se siente desvalido y poco apoyado moralmente, mal remunerado y además por lo general nunca reconocido y agradecido.

Tabla 2. Artículos recuperados en las diferentes bases de datos. Fuente: Elaboración propia.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Como forma de investigación se ha utilizado la metodología cualitativa, la cual según Norman Denzin e Yvonna Lincon se define como “el estudio de los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas conocen”. Es decir, la metodología cualitativa lo que pretende es cuestionar todo aquello que es exacto, la ciencia, lo cuantificable, ya que estas dan una visión muy limitada de la realidad. Para comprender la realidad social hay que tener en cuenta la subjetividad de los individuos que están implicados. La investigación cualitativa se caracteriza principalmente por: ²⁷

- Intentar comprender la realidad mediante la interpretación de ésta, situándose en el lugar de las personas que se están investigando.
- Tiene una visión holística, se tiene en cuenta el contexto, en la investigación se engloba el entorno del individuo.
- Pretende conocer un fenómeno concreto de la forma más profunda posible.
- Entiende el conocimiento como un proceso dinámico y cambiante.
- No pretende encontrar leyes universales.
- Se acepta la subjetividad de los investigadores.²⁷

Por ese motivo, se ha utilizado este método de investigación, ya que, para poder cumplir los objetivos propuestos, es necesario profundizar en el individuo para obtener aquellas emociones, sentimientos o pensamientos que serán de gran relevancia para nuestro trabajo y posteriormente poder interpretarlos según cada individuo y su realidad.²⁷

La elección de la metodología cualitativa en este trabajo nos ha facilitado poder estudiar las emociones que aparecen en los profesionales de enfermería, tanto al realizar la RCP como la presencia familiar ante ésta, ya que es el único método que presenta una mirada integral del individuo y engloba tanto la subjetividad como todos aquellos factores que forman el contexto de la persona.²⁷

3.3 TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Se eligió la entrevista semiestructurada como método de recogida de datos y la grabadora como modo de registro, mediante archivos de audio. Las preguntas estaban planificadas a través de un guión (Anexo 2), pero a medida que se realizaban las entrevistas, algunas preguntas, se modificaron o se cambiaron.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en el Hospital Universitari Joan XXIII, en la sala de descanso del servicio de urgencias, ya que era un entorno conocido para todas las profesionales así pues se sentían más cómodas para expresarse con mayor libertad. Se realizaron durante el turno de noche, en momentos de descanso, dado que por motivos de incompatibilidad horaria no era posible realizarla en otro momento.

Además, ese horario nos proporcionaba un ambiente relajado, ya que a la hora de grabarlo mediante audio era necesario mantener un entorno de tranquilidad.

Los audios obtenidos nos permitieron recoger toda la información. Para ello, se realizó una transcripción literal del contenido de las entrevistas para captar aquellos datos que pueden pasar desapercibidos pero que son esenciales.

Por otro lado, se les entregó una ficha sociodemográfica, donde se recogían sus datos personales y profesionales (Anexo 3). Al finalizar la entrevista nosotras realizamos la ficha del informante, que consiste en recopilar aquellos datos relevantes que serán claves para poder completar la información requerida para la investigación (Anexo 4).

3.4 ÁMBITO DE ESTUDIO

El hospital Universitario Joan XXIII, es un centro público del Instituto Catalán de la Salud (ICS), que cuenta con 383 camas y 36 servicios. En un año, se realizan en el hospital unas 22.000 altas, 14.000 intervenciones quirúrgicas y más de 222 visitas a consultas externas. Ofrece asistencia y acogida a toda la población del sur de Cataluña y es considerado centro de referencia (nivel 3: hospital altamente especializado al cual llegan pacientes remitidos de hospitales regionales) del ICS del Camp de Tarragona.²⁸

En cuanto al servicio de urgencias, se atiende las 24 horas de días, los 365 días del año.²⁸

La Unidad de urgencias tiene una superficie de 1.800 metros cuadrados, situada en la parte posterior del hospital, repartidos en varias zonas.²⁹

El área para la atención de los adultos se divide en tres zonas:

- Triage: hay un box de triaje para adultos donde se le toman las constantes al paciente, y se hace su triaje en los 5 niveles según su gravedad.³⁰
- Zona puerta B: se visitan los pacientes de nivel III bajo, IV, V y COT. Consta de 3 boxes de COT (consulta B1, B2 y B3) de los cuales uno es para yesos y vendajes, 5 boxes para adultos y de una sala de tratamiento con 6 butacas y dos camas.³⁰

- Zona puerta A: se visitan a los pacientes de nivel I, II y III alto. Consta con 21 boxes individuales para atender a pacientes de mayor complejidad, de los cuales 2 son para pacientes aislados. Un área con 2 boxes dobles equipados para atender situaciones críticas y un área de observación con 10 salas individuales donde los pacientes esperan para ser trasladados a planta.³⁰

El área de pediatría está subdividida en 5 áreas, además presenta una sala de espera para los pacientes. Las áreas en las que se dividen son las siguientes:

- Box de triaje: donde la enfermera realiza el triaje de los enfermos
- Box de críticos: donde se atienden pacientes de nivel I y II
- Box de procedimientos: para la realización de procedimientos o tratamientos específicos
- Área de consultas: dispone de 5 boxes (consultas 2, 3, 4, 5 y 6) equipadas para atender a pacientes de niveles III, IV y V.
- Área de observación: dispone de 6 boxes y es donde los pacientes pediátricos esperan cuando tienen que ingresar.³⁰

En el servicio de urgencias aproximadamente hay una plantilla de entre 50-60 enfermeros, de los cuales el 90% trabajan íntegramente en urgencias y el 10% restante pertenece al equipo de refuerzo de críticos, los cuales pueden trabajar tanto en UCI como en urgencias. Estos datos son orientativos, debido a que proporcionarnos esta información se requería mucha inversión de tiempo por parte de los profesionales responsables.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

El siguiente estudio va dirigido a profesionales de enfermería que prestan sus servicios asistenciales en un servicio de urgencias de un Hospital de Tarragona. La elección de las participantes se hizo utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia-pertinencia, debido a mayor proximidad y disponibilidad entre los sujetos seleccionados y nosotras.

El tamaño de la muestra se determinó previamente de acuerdo a nuestro límite de tiempo para la realización de nuestro trabajo, por ello, se realizaron entrevistas a 4 enfermeras, dos de ellas tenía poca experiencia en el servicio de urgencias y las otras dos enfermeras eran expertas con mayor dominio en este servicio.

También se eligieron a las enfermeras con las que coincidíamos más tiempo durante la realización de nuestras prácticas clínicas. Las entrevistas se llevaron a cabo el mes

de enero y febrero del 2019, ya que decidimos dejar el mes de diciembre de 2018, para conocer la unidad y para crear un vínculo de confianza con los profesionales.

Por último, otro factor que nos hizo decidir escoger a estas enfermeras, fue que cumplieron nuestros criterios de inclusión, descritos a continuación:

Criterios de inclusión:

- Enfermeras que trabajan actualmente en el servicio de urgencias igual o > 1 año
- Enfermeras que hayan formado parte, como mínimo una vez, del equipo de RCP
- Enfermeras que accedieron al estudio de forma voluntaria y anónima y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras que trabajan en otros servicios.
- Enfermeras que hayan sufrido la muerte reciente de un familiar
- Enfermeras que trabajen de retén (UCI-URG)

La ficha del informante, que se muestra a continuación, contiene los datos sociodemográficos y las observaciones de las entrevistas a las enfermeras:

ID	Edad	Género	Titulación	Antigüedad URG	Observaciones
E1	26	F	Graduada	1 año	Entrevista realizada en catalán a petición de la informante, comenta que se siente más cómoda hablando en su lengua materna. Se habla principalmente de la primera y única experiencia de la entrevistada ante la RCP, también de los sentimientos y los nervios ante esa situación. Se hace hincapié en la organización del personal y en la negativa de que las familias estén presentes en la RCP. La informante presentaba una postura y un aspecto relajado indicando que estaba cómoda hablando sobre el tema.
E2	37	F	DUI	12 años	La entrevista se centra principalmente en un caso de RCP, que fue el que más le marcó. Se habla de las emociones que surgieron ante dicha situación, y de los sentimientos que surgen después. Se habla del papel de los padres en los casos de RCP pediátrica y de la presencia o no de éstos. En el inicio de la entrevista la participante se encuentra relajada, pero a medida que avanza el tema sobre la experiencia que más le impactó en la RCP, se percibe en su voz que empieza a emocionarse.
E3	28	F	Graduada	2 años	La informante en un inicio es reacia a realizar la entrevista, comenta que le da mucha vergüenza, pero finalmente acepta. La entrevistada se encuentra sentada de forma muy erguida, y por su expresión corporal indica que está tensa, indicando que la situación le incomoda. A medida que transcurre la entrevista se muestra más relajada.
E4	46	F	DUI	18 años	La informante muestra de forma clara lo que quiere expresar. Pero evita el contacto visual, cuando responde lo hace dirigiéndose a la grabadora de audio. Se encuentra sentada inclinada hacia delante observando la grabadora.

Tabla 3. Características de las informantes. Fuente: Elaboración propia.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos es uno de los aspectos fundamentales en un trabajo con metodología cualitativa. El objetivo en ésta etapa es transformar toda aquella información obtenida en datos que sean útiles, que nos permita extraer la esencia, aquello que es fundamental, para nuestro estudio. Además de los datos, se tiene en cuenta el contexto en el que se han obtenido, ya que influye de forma directa en la interpretación de estos.²⁷

Al ser un proceso totalmente subjetivo, se realizó el análisis entre las dos personas que forman el equipo que elabora la presente investigación.

En referencia a la estrategia de análisis, en función a los objetivos propuestos, se ha realizado un análisis temático. Con este tipo de análisis lo que se pretende, es interpretar el contenido, es decir los datos, en nuestro caso, los textos de los discursos de las entrevistas realizadas. Se divide el texto, para posteriormente integrar aquellas partes que tengan algo en común y después se comparan, con la finalidad de crear teorías y conceptos, o para entender un fenómeno de forma global.²⁷

El análisis ha seguido las siguientes fases:

- **Búsqueda de citas en el texto y su codificación:** se han buscado segmentos del discurso de las enfermeras que tengan un significado. Posteriormente estas citas han sido codificadas, a través de unas frases, agrupando todas aquellas citas que hacen referencia a un mismo tema.²⁷
- **Elaboración de categorías:** se han agrupado todos aquellos códigos que son sobre el mismo tema.²⁷
- **Segmentación del texto por categorías:** una vez hemos finalizado la categorización hemos dividido los discursos o el texto por las categorías establecidas i se han analizado cada una de ellas.²⁷
- **Creación del marco explicativo:** a través del análisis de cada categoría se han determinado una serie de relaciones entre ellas. Posteriormente hemos creado un marco explicativo a través de los resultados obtenidos.²⁷

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de las entrevistas se han explicado los objetivos de nuestro trabajo y cómo se utilizará la información proporcionada.

A todas las personas incluidas en el estudio se les explicó la finalidad de éste, mediante el documento de consentimiento informado (Anexo 5), garantizando la voluntad de participar en la investigación, así como la preservación y confidencialidad de los datos.

En el uso de datos personales se aplicó la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, siguiendo lo establecido por la presente ley, la persona puede ejercer su derecho al acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos.

3.8 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La primera limitación que encontramos en nuestro estudio, fue la sobrecarga de trabajo en el servicio de urgencias, ya que provocaba que pospusiéramos las entrevistas en varias ocasiones.

En relación a la muestra, el tamaño de ésta no es representativa, debido a la imposibilidad de llegar a la saturación de datos, ya que solo pudimos realizar la entrevista a cuatro enfermeras, a causa del tiempo tan limitado del que disponíamos y del corto periodo de recogida de datos.

También, nos ha resultado difícil saber el número exacto del personal de enfermería que trabaja en el servicio de urgencias, ya que requeríamos ayuda de varios profesionales, pero por exceso de trabajo no pudieron facilitarnos esa información.

Y la última limitación que encontramos es acerca de la revisión bibliográfica, ya que en algunos apartados no se disponía de datos de ámbito nacional y, por lo tanto, teníamos que escoger artículos internacionales.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir de las entrevistas realizadas a las enfermeras que han formado parte del equipo de RCP en el servicio de urgencias, hemos obtenido las siguientes categorías:

Categorías identificadas
1. Emociones de los profesionales en la RCP
2. La presencia familiar ante la RCP
3. Actuación de los profesionales ante la RCP
4. La importancia de conocer la información
5. La formación genera beneficios
6. Soporte emocional a las familias

Tabla 4. Categorías identificadas. Fuente: Elaboración propia.

4.1 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES EN LA RCP

Las emociones son parte del individuo, no se pueden evitar y en numerosas ocasiones no se pueden controlar. En el ámbito sanitario se mueven un gran número de sentimientos, emociones y pensamientos, tanto en los profesionales, pacientes y familiares. Pero, en numerosas ocasiones no le damos importancia a las consecuencias o efectos que le pueden producir al profesional sanitario al encontrarse en contacto continuo con la muerte. Trabajar con el sufrimiento ajeno es un elemento generador constante de emociones que pueden afectar de forma directa en la vida laboral y profesional del individuo.³¹

Según diferentes estudios la RCP puede generar tanto emociones negativas, entre las cuales encontramos, tristeza, desilusión, impotencia y el estrés, como emociones positivas, alegría, bienestar, satisfacción y realización personal.³²

En la siguiente categoría vamos a analizar los sentimientos y emociones que surgen a los profesionales de enfermería en un momento de máxima tensión como es la realización de la RCP.

Esta categoría se divide en las siguientes subcategorías: emociones de los profesionales antes, durante y después de la realización de la RCP, abordaje de las emociones en la RCP y finalmente el impacto emocional que supone la realización de la RCP.

CATEGORIA 1: Emociones de los profesionales en la RCP		
SUBCATEGORIAS	Emociones de los profesionales antes de la RCP	Sentimientos que aparecen ante la posibilidad de realizar la RCP
	Emociones de los profesionales durante la RCP	Las emociones que surgen en un momento de urgencia vital La influencia de las emociones durante la RCP Emociones que bloquean al profesional sanitario
	Emociones de los profesionales después de la RCP	Sentimientos que surgen dependiendo del resultado de la RCP
	Abordaje de las emociones en la RCP	Gestión de las emociones
	Impacto emocional	Emociones que impresionan al profesional sanitario.

Tabla 5. Categoría Emociones de los profesionales en la RCP. Fuente: Elaboración propia.

4.1.1 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES ANTES DE LA RCP

Durante todo el proceso de la RCP aparece todo un abanico de emociones, tanto positivas como negativas. Y dentro de nuestro análisis también hemos querido abarcar aquellas emociones pre-RCP, es decir aquella lluvia de emociones que pueden aparecer ante la posibilidad de realizar la RCP.

Como describen diferentes autores las principales emociones que surgen en el momento previo a la realización de la RCP son negativas, como pueden ser incertidumbre o duda.³¹ Según las entrevistadas, el no saber qué va a pasar genera un sentimiento de inseguridad, y más cuando no tienes demasiada experiencia:

*“...tú piensas madre mía, lo estaré haciendo bien... no lo estaré haciendo bien, no está el médico qué hago me espero, no me espero, le pongo oxígeno, (uff), es que, le miro (...) **nunca sabes lo que va a pasar**, por mucho que ese señor llevaba dos semanas y ya se iba y mira... lo que pasó.”, E3.*

También añaden las participantes, que cuando sienten incertidumbre tiende a aparecer la negatividad, esto es un hecho común y relacionado con la poca experiencia. Por lo tanto, es normal pensar que todo saldrá mal ya que no sabes qué hacer:

“...que no saldría porque es eso, que entre que se paró las escaleras hasta que llegas abajo, hasta que lo subes a la ambulancia... y salió, salió.”, E3.

4.1.2 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES DURANTE LA RCP

En la siguiente subcategoría vamos a desarrollar y analizar las principales emociones que surgen durante la realización de las maniobras de resucitación. Como hemos comentado anteriormente es una situación de mucha tensión, tanto para el equipo sanitario como para los familiares del propio paciente, y es inevitable que surjan un gran número de emociones y sentimientos.

Según nuestras informantes los sentimientos predominantes en el momento son el estrés y nervios. Hay que destacar que en referencia al sentimiento de estrés la opinión es unánime en las cuatro informantes.

Concretamente el estrés está producido por dos elementos; un factor de estrés generado por el ambiente y la respuesta de la persona sometida a dicho factor. Cada persona reacciona de forma diferente delante un mismo factor estresante, esta reacción viene determinada por la forma de afrontamiento que tiene el individuo ante la situación.³³

Los niveles de estrés son mucho más elevados en áreas como la UCI o urgencias ya que se encuentran muy a menudo ante situaciones delicadas donde la vida de una persona puede estar en peligro, y esto supone un aumento de la presión personal a causa de la autoexigencia requerida para realizar un buen trabajo.³³

Como se puede observar a continuación las informantes que tienen más experiencia en el servicio de urgencias, describen el sentimiento de estrés como algo positivo, como un aumento de adrenalina que te hace estar más alerta y más atento al trabajo que deben realizar:

*“...porque ¡ostras! ¿No? Un paro que lo intubamos que no se qué, y hay **la parte esta de la adrenalina** que dices: **¡ostras que guay!** ¿No? Le vamos a preparar esta medicación, como son microgramos no se qué, hacer la cuenta, que no me llega que la recuento que no se qué. Pudimos intubar, se pudo poner una vía, que luego con el masaje se salió. Y... anestesia vino puso una central y todo esto. O sea **que vi muchas cosas en un momento...**”, E2.*

*“...es una situación muy compleja y una **situación de estrés para todo el equipo**, (eh) muy intenso, en el cual tienes que coordinarte muy bien con todo el equipo, las auxiliares, los médicos, tus propias compañeras enfermeras también (...) es una **situación de estrés muy fuerte** en el que sientes pues, (mmm), bueno todo lo que comporta estrés ¿no?, pues, unos niveles de adrenalina muy fuertes, en los que*

sientes, pues ansiedad, para, para abordar esa situación lo mejor posible y que ese paciente salga adelante ante esa situación”, E4.

En cambio, las informantes que presentan menor experiencia en el servicio describen el sentimiento de estrés como una emoción negativa. Explican que se vive como una situación de mucha tensión:

*“Que també es una **situació caòtica**, però en el moment ho fas”, E1.*

*“...porque entre que llamas a Interna y llamas UCI, viene, no vienen... Un médico te manda, el otro también, está todo el mundo allí (uffff). Está la habitación doble, el otro paciente escuchándolo todo, bueno **un caos**”, E3.*

Este hecho seguramente se debe a la inexperiencia ante dichas situaciones. La forma de abordar emocionalmente una RCP es diferente para alguien que lleva más tiempo en el servicio y que ha vivido más situaciones parecidas, que para alguien que ha vivido esas situaciones menos veces. Esta diferencia, la podemos ver reflejado en el Modelo de Patricia Benner, donde define a una enfermera principiante y a una experta. Benner indica que las enfermeras principiantes tienen poca o ninguna experiencia y por lo tanto no saben controlar la situación y esto les ocasiona un gran estrés. En cambio, las expertas poseen un gran dominio de la situación, ya que al tener una visión global saben identificar el problema y además son capaces de prever lo inesperado, por lo tanto, al poseer todas estas características las enfermeras planifican sus actuaciones y esto les garantiza una buena gestión de sus emociones.²⁴

25

Otra de las emociones predominantes según las informantes son los nervios. Las entrevistadas que ha descrito padecer dicha emoción son aquellas con menor experiencia:

*“Les doctores es van ficar **molt nervioses**. I... i donaven les ordres mèdiques de forma **bastant desorganitzada**, per ja et dic, o sigui una infermera es va ficar a via aèria, jo em vaig ficar amb medicació, que ja vai agafar la adrenalina, les adrenalines vaja. (...)Vull dir **hem vai ficar nerviosa perquè era la primera vegada que ho veia...**”, E1.*

El no tener un buen equipo, es identificado como un factor generador de estrés, principalmente cuando existe una falta de afinidad o compenetración o cuando hay conductas poco coherentes en los miembros de equipo. Por el contrario, formar parte de un buen equipo es un factor reductor de nervios y estrés: ³²

*“...el nervis, pot ser et fan no posar la via a la primera o dubtar de quina medicació i trigar una mica més. Però bueno, en aquest cas va anar bé (...) o sigui tot es complica doncs jo crec que **els nervis van augmentant**. Els teus i els de tots. O sigui **s'encomanen un munt**. Si a tu et parlen malament (...) Pos ella hem parla malament, jo li parlo malament. Clar i estem allí doncs cinc o sis persones allí dintre...”, E1.*

*“...ante esa intensidad, **si tú te bloqueas** o ese estrés, no consigues..., controlarlo de manera adecuada, evidentemente, **la eficacia de esa asistencia no va a ser igual**, porque la rapidez encargar la medicación o... o la forma en elaborar el proceso de la RCP no será el mismo.”, E4.*

Como se puede observar en los discursos, los nervios te pueden hacer actuar de forma errónea o tardar más en según qué procedimiento, y esto puede marcar la diferencia de que una persona viva o muera. Además, las apariciones de estas emociones están influenciadas por el equipo con el que se trabaja, dado que los nervios “se contagian”, por lo tanto, es mejor tenerlos bajo control, y más aún estando ante una situación de un paro en la que los profesionales tienen que tener muy claro qué hacer, esto lo podemos ver reflejado en el siguiente discurso:

*“...arriba **era un caos**, fue cuando te das cuenta, y dices dios mío, cómo se nota que **la gente que no está habituada a este tipo de situaciones**, no las controlas”, E3.*

Por ese motivo si un profesional se pone muy nervioso y los demás compañeros del equipo responden con más nervios esto puede traducirse una situación caótica.

También, otras enfermeras destacan que los nervios pueden bloquearte de tal forma que no sabes qué hacer. Los nervios pueden derivan en un miedo que paraliza y no puedes pensar en cuál es el protocolo o el siguiente paso a seguir:

*“El carro, vale, el carro, porque con la tensión que consigo, nada, no sé, en esos momentos es que **no piensas**”, E3.*

Cuando se produce un estímulo estresante, se genera una activación emocional junto a una mezcla de sentimientos y pensamientos. Factores como el autocontrol personal, la experiencia y los conocimientos del profesional serán los que determinen como será la respuesta hacia el estrés, es decir, si la respuesta fisiológica y emocional bloqueará la conducta, provocando la paralización, o no bloquee favoreciendo a reaccionar.³²

Por otra parte, algunas de las profesionales entrevistadas relatan que en el momento de la realización de la RCP, padecen cierta desconexión, una insensibilidad ante las emociones que pueden surgir. Manifiestan que realizan cierto bloqueo emocional, no dejan aflorar según qué sentimientos debido a que les puede influir en el trabajo que deben ejecutar. Solo dejan aflorar aquellas emociones que pueden ser productivas como es el caso del estrés. Pero respecto a otras emociones hay un bloqueo total:

*“O sigui jo crec que **s’ha de posar el cap fred i fer el que has de fer i ja està. No pensar-ho.** Perquè si tens davant a un familiar, que et ficaras a plorar? O a cridar? Pos no. O sigui jo crec que **s’ha de treure la racionalitat que tenim.** (...) **per no passar-ho malament s’ha de ser com un robot.** O sigui **fer-ho tot mecànic.** (...) **...hem d’actuar com a màquines...**”, E1.*

*“...porque en ese momento es como un paréntesis. [...] Es como **que te concentras, te encierras ahí, y te concentras a lo que tienes que ir** [...] me sé aislar, **me sé aislar de las emociones,** y no...y no...**no siento** [...] es como que **no te permites sentir,** [...] Te, **te tienes que aislar, te aíslas y trabajas**”, E2.*

Asimismo, la enfermera destaca como te vas insensibilizando a medida que adquieres más experiencia, como vas perdiendo la empatía y dejas de sentir emociones ante la muerte:

*“...Yo ya claro, **te vas curtiendo, a medida que pasan los años** es como que... Bueno **vas desarrollando tus habilidades para poder sobrevivir.** (...) Pero más o menos todos los paros, cierto es que **te desnaturalizas un poco,** sobre todo cuando...cuando llevas ya... cuando estas así un poco quemado y dices: **pos bueno, se tenía que morir y se ha muerto.** Y ya está. Y no pasa res. Y ya está...”, E2.*

Así pues, la exposición continua a factores estresantes, como puede ser la realización de una RCP, puede afectar a nivel personal al individuo generándole un agotamiento emocional que puede derivar hacia una despersonalización y una actitud distante, tanto hacia los pacientes como a sus propios compañeros.³³

Finalmente, dentro de las emociones que aparecen durante la RCP, encontramos el sentimiento de inferioridad. Las informantes destacan en numerosos casos no sentirse preparadas o a la altura de la situación:

*“Y tú, te sientes súper pequeñita porque dices: yo **no estoy preparada** para... yo **quien soy para darle a esta mujer consuelo.**”, E2.*

*“...lo supieron llevar todo mucho mejor, dices ¡jjo!: esto no está... o sea, **no estoy a la altura.**”, E3.*

Este sentimiento está condicionado por la falta de preparación académica y psicoemocional que presentan algunas de las entrevistadas:

*“...y yo creo que al acabar la carrera, **no estás preparada ni a nivel médico ni a nivel psicológico.**”, E3.*

Además de no sentirse a la altura de la situación, se puede observar como hay poca preparación a nivel emocional para vivir estas situaciones. Por eso utilizan como mecanismo de defensa la insensibilización, creyendo que no sintiendo nada, no van sufrir. Y admiten que no están preparadas psicológicamente para la realización de la RCP.

4.1.3 EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES DESPUÉS DE LA RCP

En la siguiente subcategoría vamos analizar las emociones que surgen en los profesionales una vez finalizada la RCP. Las emociones que aparecen dependerán del resultado de las maniobras de resucitación, es decir, si la persona sobrevive.

Diversos autores apuntan que los hechos como puede ser la edad del paciente, el vínculo que haya con la familia, los propios compañeros o las experiencias personales de cada individuo pueden condicionar las emociones que pueden aparecer en el profesional.³¹

Una PCR es una situación crítica y existe muchas posibilidades de que la persona no remonte, y a pesar de que se hace lo máximo posible un gran porcentaje de pacientes fallecen. Por lo tanto, es de esperar que el sentimiento más común y predominante en la post-RCP sea la tristeza:

*“Jo em vaig quedar bastant tranquil·la. la veritat. O sigui, si que al veure la família i tot, **et pot despertar certa pena** no? I... o sigui, lògicament tots tenim avis no? i tu penses: ostia pues te la edat del meu avi. **Fa com a coseta** no?”*, E1.

“Pero después cuando... cuando las maniobras se pararon fue un buf...”, E2.

Los sentimientos surgen después, una vez acabadas las maniobras, las informantes explican sentir pena y tristeza tras la finalización de la RCP. Pero, ¿se sienten tristes por el paciente? Según un estudio el grado de tristeza viene determinado por la vinculación que se tenga con el paciente o el grado de empatía de la situación y no concretamente por la muerte en sí: ³¹

*“... y ver después cómo teníamos que retirarle los catéteres y teníamos que dejar al niño, pues preparar al niño para la autopsia (...) Y a mí **me impactó mucho** porque es como si aún lo pudiese oír ahora, la mamá cantándole en brazos. Que lo cogió en brazos y cantándole: ay mi niño, ay mi niño. Y dándole besos. (...) Y **te sientes mal** porque ves a una mamá llorar porque su hijo, su bebé ha fallecido. Y eso no es lo natural, eso no es lo que toca. ¿Sabes? Entonces no tienes una palabra de consuelo para esa mamá que se le acaba de morir su hijo.”*, E2.

También en los relatos se refleja los sentimientos que se generan en los profesionales, cuando ven el sufrimiento de las familias del fallecido, llegando a empatizar con su situación:

*“**Después te da el bajón**. Después cuando ves a la mamá... besar al niño, cuando la ves cantar la nana... o cuando ves a la señora, que ha fallecido su marido y la ves despedirse, le ves dar un beso... Allí **tu también te derrumbas** (...) **empatizas con la persona y te pones en su situación**. Entonces allí sí que puedes derrumbarte, en el momento que acompañas a la familia, pero en el momento de la RCP... no.”*, E2.

Asimismo, el sentimiento de frustración generado por la impotencia y la incapacidad de conseguir lo propuesto, se ven reflejados en algunos discursos. La frustración es un sentimiento muy común posteriormente a la realización de una RCP sin éxito, es decir,

los profesionales sienten que han realizado un buen trabajo, pero aún así el resultado ha sido desfavorable. Pero, esto es algo inevitable ya que, a pesar de que se haga todo lo posible para salvar a la persona los intentos de resucitación con resultado negativo representan un total del 70-95%.³⁴

*“A parte del **sentimiento de frustración**, que te puedes sentir... es como una frustración... en parte es éxito también, porque te sientes como: ¡ostras! En pediatría tampoco es tan común intubar ¿no? Y ostras, has ayudado a la intubación, has canalizado una vía, todo esto son cosas que... que **te hacen sentir bien y al mismo momento te sientes mal por sentirte bien**.”*, E2.

Como se puede observar existen un conjunto de emociones contradictorias que surgen en el momento de la RCP. Te puedes sentir contento por haber realizado bien tu trabajo, pero a la vez triste porque la persona no ha salido hacia delante, e incluso sentir frustración por haber hecho todo lo que estaba en tus manos, pero el paciente termina falleciendo.

Sin embargo, cuando el paciente sobrevive, el sentimiento entre los profesionales sanitarios es unánime, ya que sienten alegría y satisfacción por haber realizado un buen trabajo en equipo:

*“... en el caso de que veas que la situación ha salido bastante bien, **pues siente satisfacción**, por ti y por tus compañeros, por haberlo hecho todos, pues (...), bien coordinados los unos con los otros, y si el paciente ha salido adelante y, y se ha hecho (...), ha conseguido salir adelante de la situación, pues **alegría satisfacción** y (...), y **relajación**”*, E4.

4.1.4 ABORDAJE DE LAS EMOCIONES EN LA RCP

En la siguiente subcategoría queremos analizar el abordaje de las emociones. La sanidad es un mundo donde se manejan y se sienten diferentes tipos de emociones, como se ha dicho anteriormente, las cuales muchas veces no sabemos gestionar o no sabemos afrontar. Se valora la capacidad técnica de las enfermeras en su trabajo, pero para cuidar es necesaria una implicación emocional necesaria, y la mayoría de veces queda abandonada.

Por ese motivo vamos a estudiar qué gestión realizan las informantes del abanico de emociones que surgen antes, durante y después de la RCP.

En referencia a este tema, las informantes exponen todas lo mismo, no existe ningún tipo de formación respecto a la gestión emocional. Se hace mucho hincapié en la buena realización de las técnicas y en el bienestar del paciente. Pero ¿Quién cuida a las personas que cuidan? Es algo que parece no importar, nos centramos en el bienestar de los usuarios, pero ¿y de los profesionales? Diferentes estudios y trabajos demuestran que las emociones contribuyen claramente en el proceso de curación, debido a que éstas forman parte de la salud del individuo, y que una formación holística es de gran importancia ya que es una herramienta que ayuda en el área de los cuidados.^{33 34}

Las informantes explican, que incluso trabajando en servicios difíciles como puede ser hematología, donde los pacientes se mueren y no se puede hacer mucho para remediarlo, se establece un vínculo entre enfermera paciente a causa del contacto diario. Por esa razón, las profesionales pidieron ayuda para no llevar esa carga emocional de forma individual y solitaria pero no recibieron respuesta por parte de los superiores:

*“... I mai infermeria tampoc reben informació a nivell de com gestionar... Jo **mai he rebut formació de com gestionar els sentiments** i... He estat en plantes complicades. (...) O sigui vam demanar formació per gestió d'emocions a la supervisora. I no se'ns va donar res.”, E1.*

También una de las informantes explica que durante su formación académica no se les prepara emocionalmente. Por ese motivo, se ven obligadas a buscar, de forma individual, medidas que les ayuden a la gestión de sus sentimientos:

*“...Bueno pues técnicas se te dará mejor o se te dará peor pero **emocionalmente es lo que nadie te prepara**. Y debes tú, pues ir así un poco...a ver por donde... capeando lo que puedas, y haber por donde puedes irte moviendo, para **poder sobrevivir**. Pero hay días que te afectan más que otros, y hay situaciones que te afectan más que otras...”*, E2.

Diferentes estudios indican que los momentos cotidianos, como puede ser, pasear, meditar o incluso desahogarse con los compañeros de trabajo, son estrategias que surgen de manera espontánea, pero que resultan beneficiosos para el profesional sanitario, e incluso hacen hincapié que sincerarse entre el equipo profesional les aporta un gran consuelo y alivio:

*“Estas emociones las hablamos en... con las compañeras. (...) las que fumábamos y las que no también, pos salimos al túnel de las ambulancias, que salíamos, y en ese cigarro, que **era un cigarro más terapéutico** que otra cosa...Pos **allí pudimos llorar...** y allí pudimos... pos **pudimos expresar un poco... que todas estábamos igual. No hacía falta hablar demasiado...**”, E2.*

Como se puede observar los propios profesionales se reparan emocionalmente, es decir, tienen la capacidad de entender sus emociones y cambiarlas, intentan transformar aquellas emociones negativas en positivas.³³ Por esa razón, cada individuo busca sus propios mecanismos para sobrevivir en la jungla emocional que supone trabajar como enfermera en un hospital.

No obstante, solo tendrán la capacidad para moldear sus emociones, aquellas enfermeras que sean expertas en atender a un paciente en PCR:

*“...eso **te lo da la, la experiencia** (...) **gestionar esas emociones.** (...) **bagaje profesional,** (...) **controlar la respiración, a intentar, mantener tus pensamientos en orden y bien elaborados para conseguir, pues una medicación bien cargada o para conseguir hacer, las maniobras bien hechas** (...) pero si tú estás descansada y tienes un **bagaje profesional** pues vas a conseguir calmarte y respirar y pensar y... intentar estar tranquila (...) es muy importante, saber **identificar cuáles son esas emociones que te llegan a ti** y que te hacen a veces bloquear. Y cómo gestionarlas para conseguir el mínimo sufrimiento posible para ti y (...) y gestionar luego y abordar una asistencia óptima (...) el tema de la práctica, a lo **largo de los años les va a dar muchas herramientas,** y les **va a dar mucha seguridad a nivel... emocional** y a nivel... práctico y asistencial.”, E4.*

También, las informantes destacan según qué emociones afectan de un modo muy personal y perduran durante el tiempo, impidiendo así la separación entre el trabajo y la vida personal:

*“...luego **si tu esto no lo hablas,** o no lo trabajas, o no lo... o no lo comentas con alguien, eso **se te queda ahí** ¿sabes? Y siempre te queda ahí como algo, como aquel abuelito pobrecito que se ha muerto que no se qué... y si a lo mejor hubiese hecho... y si a lo mejor hubiésemos podido darle unas medidas de confort... o... Y si la abuelita la hubiésemos dejado pasar antes para que se despidiera de él... Y si se hubiese no sé ¿sabes? Entonces, pues no sé, yo creo que **lo emocional, hay que trabajarlo** que es muy importante...” E2.*

Los profesionales de enfermería dedican mucho tiempo a su labor, la cual requiere un gran compromiso y una elevada interacción con las personas. A la mayoría de ellos, su profesión forma parte de su identidad, ya que, en numerosas ocasiones, están más tiempo en el rol profesional que con su propia identidad personal.³⁴

Otra de las entrevistadas opta directamente por apartarse de aquellas situaciones que pueden ser más impactantes emocionalmente, si no estás preparado para sentir esa emoción, mejor no sentirla. Esto denota la falta de experiencia en la gestión de las emociones:

*“...Y luego a nivel de emociones pues intentar, (...) **si ves que no estás preparado para esa situación, es mejor apartarte...**”, E3.*

4.1.5 IMPACTO EMOCIONAL

El impacto emocional es cuando una emoción nos desborda, es decir, supera nuestro nivel de tolerancia, sobrepasa nuestros propios límites. Ese nivel de tolerancia es distinto para cada individuo, ya que depende de múltiples factores y por lo tanto a cada uno nos pueden afectar de forma distinta una misma situación.

Trabajar en el área de urgencias sanitaria puede originar un notable impacto emocional y afectación en la vida personal. En numerosas ocasiones una muerte por PCR puede suponer una experiencia traumática.³¹

A continuación, en ésta subcategoría vamos analizar qué es lo que ha afectado más a nuestras informantes emocionalmente.

En el caso de una de las entrevistadas, la primera RCP que realizó fue la que más le impactó y la que a día de hoy recuerda como aquella que más le afectó emocionalmente:

*“...Y fue el paro que **más me impactó** y el que he recordado más durante todos estos años. Pos mira... yo había terminado la carrera en el 2003-2004 y **fue el primer paro que viví y el que más me ha impactado, tanto a nivel emocional como a nivel profesional.**”, E2.*

*“Pues **me impactó muchísimo**. Porque ver un niño... los niños estamos más acostumbrados a verlos sanos, y... más activos. Y cuando vi pasar a la doctora corriendo con el niño así hipotónico pues, pues fue un impacto. Para todo el mundo **fue un impacto...**”, E2.*

¿Puede estar relacionado ese sentimiento con el hecho de que fuera su primera RCP? Según un estudio, cuando se realiza una asistencia a un paciente complicado, principalmente si es un niño o un joven, afecta de forma diferente al profesional, creándole una repercusión posterior sobre su estado anímico.³¹ Posiblemente la afectación que ocasionó en la enfermera sea debido a la situación de que era un paciente pediátrico, sumado a que era su primera RCP.

Así pues, las enfermeras cuando presencian la muerte de un paciente les invade millones de sentimientos ocasionándoles una gran inestabilidad emocional. Por ese motivo, varios profesionales han pedido al servicio de urgencia que se les ofrezca cursos para que puedan gestionar sus emociones y de esta manera prevenir que el desgaste emocional aumente. Esto lo podemos ver reflejado en los siguientes discursos de las enfermeras:

*“O sigui he estat a hemato on els pacients s’et moren. O sigui **no s’et paren, s’et moren**. I son pacient que **els coneixes desde fa un any potser (...) vam demanar formació per gestió d’emocions a la supervisora. I no s’ens va donar res**”, E1*

*“...ver a la madre como acunaba a su hijo, (...) como le cantaba y como se **despedía** (...) era yo una profesional recién llegada aquí en el servicio de urgencias (...) a mí me impactó mucho, muchísimo”, E2*

Como habíamos comentado antes, las enfermeras hacen diferentes clasificaciones según el tipo de muerte, es decir, ellas exponen que es muy duro ver como un paciente se está muriendo y recordar que era un niño o una persona joven con toda la vida por delante, pero, en cambio, lo pueden llevar mejor si se trata de una persona mayor en estado paliativo.

*“...quan tens **una parada de una persona jove** suposo que t’ho prens d’una altre manera no? (...) **jo crec que és diferent** (...) era una **dona gran**, no sé, devia tenir setanta anys (...) **era una putada perquè tu sabies que era una dona autònoma i tot. I tens com aquesta imatge no? de que t’emportes** (...) si fos una **persona jove t’ho prens amb més rabia**, pero aquesta **senyora** desde el bon principi **sabiem que segurament no tiraria endavant** (...)”, E1*

*“Porque a veces ves fallecer a un... a un... **a un abuelo**... a una **persona mayor** y dices: ¡bah! ¿Una persona mayor? A ver todo el mundo **nacemos, crecemos** y no tenemos que **morir**”, E2*

*“...la **diferencia** que hay **entre los adultos y los niños**, (...) yo creo que está todo mucho más esquematizado (respiración profunda) (...), pero bueno, que **a mí se me paró un niño y (uuuf), me cago** (...)”, E3*

4.2 PRESENCIA FAMILIAR ANTE LA RCP

Existen diferentes opiniones sobre la presencia familiar en la RCP, a pesar de que hay numerosos estudios y trabajos demostrando los beneficios de ésta práctica, no se suele realizar, principalmente por la negativa sanitaria.⁷ A continuación hemos analizado, las diferentes respuestas obtenidas a partir de nuestras informantes sobre la presencia de las familias durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Dentro de la categoría de la presencia familiar ante la RCP, han surgido las siguientes subcategorías: opinión de los profesionales sobre la presencia familiar en la RCP, opinión de los profesionales acerca de los sentimientos de las familias que presencian la RCP y sentimientos de los profesionales ante la presencia familiar en la RCP.

CATEGORIA 2: La presencia familiar ante la RCP		
SUBCATEGORIAS	Opinión de los profesionales sobre la presencia familiar en la RCP	Los profesionales sienten que no están preparados para esta nueva situación. La presencia de las familias implicaría que otro profesional estuviera cuidando de ellos.
	Opinión de los profesionales acerca de los sentimientos de las familias que presencian la RCP	Los familiares entrarían en un estado de desesperación. La situación les marcaría durante toda su vida.
	Sentimientos de los profesionales ante la presencia familiar en la RCP	La presencia de la familia provocaría más estrés entre los profesionales.

Tabla 6. Categoría La presencia familiar ante la RCP. Fuente: Elaboración propia.

4.2.1 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA RCP

En el desarrollo de la siguiente subcategoría, lo que se pretende es identificar las opiniones que tienen los profesionales de enfermería ante la presencia de los familiares de un paciente crítico mientras se le está realizando la RCP, y posteriormente analizar y comparar dichas opiniones.

En referencia a este aspecto, la opinión de las informantes es unánime, están en contra de la presencia de los familiares en las maniobras de la RCP. El motivo principal que exponen las participantes, es la influencia que ejerce la mirada de extraños al servicio de urgencias a los profesionales que están realizando las maniobras y técnicas pertinentes para el soporte vital del paciente:

*“...no las comparto, y mucho más ante una situación cómo está en el cual, ya **nosotros nos sentimos bastante estresados...**”, E4.*

*“Y **no me gustaría tener una familia allí viendo como se hace la RCP.**”, E2*

*“...jo crec que **no es beneficiós que hi hagi la família dins.**”, E1*

Como se puede observar en las citas expuestas, las informantes se muestran reacias a la presencia familiar en urgencias, alegando que es un momento de mucha tensión y mucho estrés para los sanitarios y no pueden estar pendientes de la familia. Ellas explican y remarcan que no tiene ningún tipo de beneficio e insisten en ello en varias ocasiones, mostrando su incomodidad a que las familias estén presentes.

Esta negativa que muestran las enfermeras entrevistadas no es algo que salga de lo común, ya que, como se muestra en un estudio, la mayoría de los profesionales sanitarios son reacios a la realización de dicha práctica, debido a que presenta una serie de inconvenientes, como aumentar la tensión y la presión del equipo pudiendo afectar a la buena práctica clínica.¹⁷

4.2.2 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS DE LAS FAMILIAS QUE PRESENCIAN LA RCP

En la siguiente subcategoría se desarrolla la percepción que tienen los profesionales sanitarios, acerca de qué emociones y sentimientos pueden surgirles a los familiares que presencian una RCP.

En este apartado también, las informantes destacan que la presencia familiar ante la RCP no tiene ningún tipo de beneficio para los implicados, ya que explican que las personas que están vinculadas con el paciente sentirán rechazo, al ver cómo practican una serie de técnicas agresivas e invasivas. Además, hay que recordar que en esos momentos hay una gran tensión emocional, y que también existe la posibilidad de que su familiar acabe muriendo. Por esa razón, las enfermeras creen saber qué tipo de pensamientos y emociones aparecerán en aquellas personas que se encuentren presentes ante esa situación:

*“Jo crec que una persona que està vinculada sentimentalment amb la persona que està en risc la seva vida...**No li fa cap bé veure si remunta o no remunta** (...) I per la família jo crec que **es un trauma...**”, E1.*

*“Y a mí no me gustaría ver como reaniman a mi padre o a mi madre, o a mi hermana, o a mi marido (...) porque **qué beneficio puede tener** ver cómo le machacan el tórax a tu padre. ¿Darte cuenta de que se está muriendo? ¿Qué se te queden a ti esas imágenes en la cabeza repitiéndote por las noches? ¿No?”, E2.*

*“Yo creo que **esos momentos son... traumáticos**, porque normalmente no vas muy bien y yo creo que... debe ser muy triste, y muy duro para la familia quedarte con esa imagen...”, E3.*

*“...imagínate un familiar que, que está viendo como su padre, su madre, o su hijo, se puede ir, se puede morir, delante de él (...) pero no visualizar este tipo de técnicas porque son muy agresivas y **no creo que les haga bien verlo.**”, E4.*

Se ha demostrado, que la presencia familiar en las maniobras de RCP presenta grandes beneficios psicológicos para las personas presentes, ya que disminuye la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, además de reducir el riesgo de padecer un duelo complicado. A parte de eso permite a los familiares estar en todo momento junto al paciente y reducir así el sentimiento de abandono por la separación y también les permite estar presentes en los que podrían ser los últimos momentos de vida del paciente.¹⁷

4.2.3 SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES ANTE LA PRESENCIA FAMILIAR EN LA RCP

En el siguiente apartado, se expone los sentimientos que presentan los profesionales, y qué pensamientos les surgen ante la presencia de la RCP.

Según las informantes, para el profesional es una situación que podría ser traumática impidiéndole el buen desarrollo de la práctica clínica y el buen hacer. Ellas destacan que para su bien personal, mental y físico los familiares no deben estar presentes. Además, las entrevistadas sienten temor a que se pueda malinterpretar alguna situación y/o pensar que no se están realizando todo lo posible por salvar a la persona, debido a que, al ser situaciones de alta tensión, los profesionales pueden expresarse de forma incorrecta o errónea y se puede malinterpretar: ⁷

“Pel professional jo crec que és pitjor. Perquè hi ha nervis i hi ha més gent pel mig, i has d'estar organitzat. [...] O sigui jo m'ho imagino a nivell personal i... jo els faria fora de l'habitació. Si estigués en una planta d'hospitalització i algú s'hem para, jo els familiars els faria fora. Per mi i per ells.”,E1.

“Y no me gustaría tener una familia allí viendo como se hace la RCP. No me gustaría... porque muchas veces el líder, sabe ser líder, y muchas veces no. Y te chillán. Y te dicen: que venga tu compañera. Y te dicen cosas que igual la otra persona puede malinterpretar...”, E2.

Se puede observar que la principal justificación de las informantes de su negativa es porque creen que le están evitando un sufrimiento a las familias, pero como se ha podido ver en las anteriores citas, lo que buscan las participantes, es la tranquilidad de no estar pendiente de unos familiares, y no sentirse observadas o intimidadas ante la presencia de desconocidos en el servicio de urgencias, ya que, uno de los principales temores de los sanitarios son las reclamaciones, es decir, que los familiares culpen al equipo sanitario del fallecimiento del individuo o de una mala praxis. Asimismo, los profesionales perciben que la presencia de los seres queridos crearia más daño emocional.⁷

No obstante, esta información se contradice con los estudios realizados sobre este tema, ya que a pesar del rechazo de los sanitarios a ésta práctica, existen grandes beneficios para los profesionales que los familiares estén presentes en las maniobras de RCP, evita la deshumanización del equipo, mejora la percepción que se tiene sobre los sanitarios, los familiares pueden ayudar aportando información relevante, además de mejorar la relación familia/sanitarios disminuyendo así el riesgo de reclamaciones y demandas.¹⁷

4.3 ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE LA RCP

Cuando los profesionales sanitarios se encuentran delante de un paciente en parada cardiorespiratoria, se genera un ambiente de estrés y caos, ya que los sanitarios deben actuar con rapidez porque se encuentran en un momento de urgencia vital. Además, cada uno de los profesionales que participan en la RCP deben saber cuál será su papel en cada momento, es decir, deberán de conocer quién será el responsable de la medicación, de controlar el tiempo o los monitores. Para ello, la comunicación entre el equipo es de suma importancia, porque cada detalle que proporcionen será beneficioso tanto para el paciente como para tener controlada la situación.

Dentro de la categoría de la actuación de los profesionales ante la RCP, han surgido las siguientes subcategorías: buenas actuaciones ante la RCP, organización del equipo profesional que forma parte de la RCP, reflexiones sobre la actuación de la RCP, y rol de enfermería.

CATEGORIA 3: Actuación de los profesionales ante la RCP		
SUBCATEGORIAS	Buenas actuaciones ante la RCP	Los profesionales sanitarios deben conocer los procedimientos. La actuación de una RCP está protocolarizada.
	Organización del equipo profesional que forma parte de la RCP	El orden genera seguridad. Las situaciones desbordantes conllevan al desorden absoluto. La importancia del liderazgo. Cada profesional debe conocer su rol.
	Reflexiones sobre la actuación de la RCP	Realizar una valoración de una situación puede garantizar el éxito en otras. ¿Cuál ha sido nuestros errores? ¿Cómo podemos mejorar?
	Rol de enfermería	La importancia de una visión global que deben tener las enfermeras. Los conocimientos y habilidades de las enfermeras. La importancia de la confianza en el equipo. La suma de habilidades hacen más fuerte al equipo profesional.

Tabla 7. Categoría Actuación de los profesionales ante la RCP. Fuente: Elaboración propia.

4.3.1 BUENAS ACTUACIONES ANTE LA RCP

A continuación, explicaremos la subcategoría de buenas actuaciones, donde cada procedimiento que realizan los profesionales, es un pilar importante en el equipo de RCP, ya que cuando se encuentran con un paciente que está en un estado grave de salud, ellos deberán organizarse, saber cuál será su función y cuándo deberán aplicarla.

Por esa razón, las enfermeras entrevistadas destacan que es importante saber cuál es el papel que hay que desempeñar en una situación crítica, y para poder conseguirlo, todos deben conocer los diferentes protocolos ya que les indican los procedimientos que deben seguir.

Es por eso, que las enfermeras hacen hincapié de que para sentirse más seguras deben intentar controlar sus sentimientos para estar concentradas en la situación y continuar con el protocolo que les han enseñado en la unidad:

*“Al principio te, te atabalas un poco más, pero (...), **nuestra carrera está basada en un modelo científico**, y evidentemente, todo lo tenemos (...) protocolarizado”, E3*

*“...el protocolo existe y es una base, es una base, (...) una RCP que tiene una base científica, **un protocolo** en el cual, pues se ha demostrado que es la **manera más óptima de abordar este tipo de situaciones**”, E4*

La importancia de que exista un protocolo, también se puede ver refleja en nuestra búsqueda bibliográfica, ya que desde el nacimiento de la RCP hacen hincapié de que existan directrices y que se vayan actualizando para que los profesionales sepan actuar con rapidez y puedan controlar la situación con éxito^{13 16}.

4.3.2 ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL QUE FORMA PARTE DE LA RCP

En esta subcategoría, explicaremos que cuando hay un grupo de profesionales es necesario que haya un sanitario que sea capaz de dirigir y garantizar el orden entre ellos.

Que exista una persona que lidere el grupo es de gran relevancia, ya que será el que tome el mando y las decisiones en el equipo de RCP. Además, cada uno de los profesionales debe saber qué procedimientos realizar, cuándo tendrán que aplicar las técnicas o administrar una medicación y por qué, de este modo, la organización del equipo está garantizada. Todo esto lo podemos ver reflejado en las siguientes frases:

*“jo vaig dir: agafó adrenalines. I **la cardio** em va dir: **pues tu ets la de les adrenalines no facis res més**. I la Pili va dir: **jo agafó via aerea**. Pos, vale tu estàs amb **el intubat**. I l'Isaac estava allí, pues de suport que també va bé tenir algú de referencia de si et fa falta algo”, E1.*

*“Yo creo que también **el líder influye mucho**, si tienes un buen líder y... y **todo vais a la una**, como suele ser... o **cómo debería ser en una RCP**”, E2*

*“solo de haber un médico, la enfermera y un técnico, (...), ya sabían lo que tenían que hacer, como que lo tenían todo con... un protocolo y lo siguen tal cual (...), **aquí el médico** te dice: **pues primero ponle o primero hazle tal...**” E3*

Las enfermeras son conscientes de cuál es su papel en cada momento, y muestran iniciativa cuando se encuentran en una situación de urgencia vital. También, se puede ver la importancia de que uno de los profesionales coordine al grupo e indique a los

demás cuál será su función durante toda la RCP, ya que, si no es así, puede provocar desorganización y mal entendidos entre el equipo. Esto lo confirman las enfermeras en las entrevistas:

*“... jo em fico aquí, jo faig compressions o jo hem fico a via aèria o jo hem fico a medicació, o vaig a buscar el DEA. O sigui **que la informació es dongui, que hi hagi comunicació, y que hi hagi organització**”, E1*

*“...Si tú que formas parte del equipo no sabes dónde estás, o **no sabes lo que te toca hacer (...)** vas a llevar al equipo a... a la desorganización y al caos”, E2*

*“... en una RCP, **la organización y la comunicación es... fundamental**, dónde está el éxito, la verdad”, E3*

Estas características también se pueden ver reflejada en el Modelo de Patricia Benner, donde indica que los profesionales, en especial las enfermeras deberán ser capaces de liderar, tener una visión global para obtener soluciones con rapidez y así ofrecer una atención integra al paciente²⁶.

Otro dato que remarca Benner es que cuando se forma parte de un grupo multiprofesional, donde están presentes médicos, enfermeras y auxiliares, y más cuando se encuentran en una situación donde deben actuar con rapidez, y por lo tanto los nervios están a flor de piel, ellos deberán ser capaces de dar y recibir una buena información, generar orden y controlar sus emociones, ya que todo esto proporcionará una atención de alta calidad al paciente en PCR.²⁶

4.3.3 REFLEXIONES SOBRE LA ACTUACIÓN DE LA RCP

La subcategoría de reflexiones, hace referencia a la valoración de una situación, en este caso de la reanimación cardiopulmonar, para evaluar cuales fueron sus errores y cómo se puede mejorar.

Una vez que haya pasado el momento de gravedad, los profesionales sanitarios suelen comentar lo que han vivido, por ejemplo, si actuaron bien o no, qué material faltaba en la habitación o si necesitaban ayuda de otros profesionales.

Por ese motivo, cada análisis que se realiza de esas situaciones genera beneficios para las próximas ocasiones. Así lo expresan las enfermeras:

*“...crec que s’hauria de fer una prèvia (...) **ens hem de trobar abans**, de tots els de crítics i **després fer una trobada i dir: vale que ha passat? Que hem de millorar? Jo crec que ens organitzariem molt millor**”, E1*

*“...**había muchas cosas que mejorar** (...) lo primero (...) te das cuenta que no estás preparada porque no es una situación habitual de cada día, **pero poco a poco te das cuenta qué contra más lo prácticas, va a mejor** (...)”, E3*

Las enfermeras explican que, cuando les informan de la llegada de un paciente en PCR, los profesionales deberían de revisar el box donde lo atenderán, y así cada uno de ellos sabrá con exactitud si está disponible el material y medicación.

También, algunos estudios han concluido que si todos los profesionales que han formado parte del equipo de RCP manifiestan sus emociones y explican qué errores creen que han cometido, conseguirán que esos fallos minimicen y sobre todo si se realizan simulacros, lograrán abordar la situación con éxito y obtendrán una gran seguridad en ellos mismos y con sus compañeros²².

4.3.4 ROL DE ENFERMERÍA

En esta subcategoría, se muestra la importancia que tiene la función de las enfermeras que forman parte del equipo de RCP.

Las enfermeras que llevan pocos años en el ámbito de urgencias, aceptan que al principio no entendían el rol de la enfermera en este servicio y más si se trataba asistir a un paciente en PCR, ya que no eran capaces de recopilar información, reconocer los signos de alarma y por lo tanto se quedaban paralizadas sin saber qué paso seguir. En cambio, las enfermeras expertas eran capaces de reconocer una situación de urgencia vital, por lo tanto, actuaban en función de las alteraciones que presentaba el paciente con el único objetivo de salvarle la vida. Todo esto, también lo podemos ver reflejado en el modelo de Patricia Benner.²⁴⁻²⁶

Las participantes también añaden, que es importante que las enfermeras que forman parte del equipo de RCP deben estar bien coordinadas y que haya un intercambio de información. Esto lo podemos ver reflejado en los siguientes discursos de las enfermeras:

*“...quan t’arriba un malalt, (...) jo crec que (...) **tu saps quina és la teva prioritat. I...si son dos infermers, saber que tu et ficaras a via aerea, jo hem ficaré (...) amb la medicació**”, E1*

*“...entonces **poco a poco con el tiempo...** con los otros paros que he visto, pues poco a poco vas viendo y **vas entendiendo toda la función de la enfermera en este momento**”, E3*

Otro dato que nos aportan las entrevistadas es que ellas sienten una gran responsabilidad de atender a todas las personas que necesiten ayuda sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario. También aclaran, que las enfermeras a parte de cargar la medicación deben saber por qué se está poniendo ese tratamiento y cuanta dosis necesita el paciente y para ello es necesario una formación continuada:

*“...pero **som infermers i hem de respondre**. Pero a més a més crec que per llei hem de dir que som infermers i actuar (...) A vegades penses...joder **tio tinc la responsabilitat** de que, si passa res pos jo he de respondre”, E1*

*“...**enfermería** es una profesión que nos tenemos que **estar formando todos de manera continua** (...) hay residentes 1, 2, y tienes que **estar tu mirando lo que te pautan** (...) que a lo mejor te dicen ponle, ponle esto (...) **tú al menos tengas la teoría y decir ¡eh, esto no me suena!, ¿seguro que esto es así?**”, E3*

Otra información que nos aportan las enfermeras es que, al trabajar en equipo, en ocasiones puede provocar roces y/o falta de comunicación entre ellos provocando una mala atención al paciente. Por ese motivo, las enfermeras dicen lo siguiente:

*“...depende de con quién trabajas, que no hace falta ni decir nada (...) **ya te miras y ya sabes lo que hacer**. Yo creo que eso es lo mejor (...)”, E3*

*“...tus propias **compañeras enfermeras** también, que, aunque no lleven esa habitación, siempre van todos a **acudir para echarte una mano** (...)”, E4*

Por último, ellas mencionan que no solo se debe formar un buen equipo entre las enfermeras sino con todos los profesionales que asisten al paciente, ya que constantemente se trabaja con un equipo multidisciplinario. También dan consejos a los futuros enfermeros diciendo que el trabajar en equipo genera un clima de paz y una buena fluidez de información.

*“...**trabajar en equipo** tanto en RCP, como en urgencias, es fundamental, **es básico, tanto entre enfermeras como enfermeras y médicos** (...) yo creo que **sí un médico sin nosotras no, no son nada y nosotras sin auxiliar tampoco, y es una cadena** (...)”, E3*

*“...tienen que tener confianza en (...) ir cogiendo muchas herramientas, y sobre todo ser muy compañero, **tener mucho compañerismo y trabajar en equipo**” E4*

4.4. LA IMPORTANCIA DE CONOCER LA INFORMACIÓN

La información es poder, conocimiento y sabiduría, pero en algunos sectores la gente niega la información, prefieren estar ciegos ante ella. Esto es debido a que la información nos puede generar una serie de emociones de las cuales no estamos preparados o no queremos sentir, concretamente en el ámbito sanitario es una práctica común. Como se ha comentado anteriormente una de las emociones que más florecen en los profesionales que realizan la RCP es la insensibilidad, la anestesia emocional, y esto en gran parte se consigue mediante la desinformación. En la siguiente categoría vamos a analizar la importancia que tiene la información y específicamente la información referente al paciente.

CATEGORIA 4: La importancia de conocer la información			
SUBCATEGORIA	<table border="1"> <tr> <td>Conocer al paciente</td> <td>La historia clínica del paciente tiene un gran valor.</td> </tr> </table>	Conocer al paciente	La historia clínica del paciente tiene un gran valor.
Conocer al paciente	La historia clínica del paciente tiene un gran valor.		

Tabla 8. Categoría La importancia de conocer la información. Fuente: Elaboración propia.

4.4.1. CONOCER AL PACIENTE

En esta subcategoría vamos a analizar y desarrollar la importancia de conocer al paciente y cómo para algunos es una ventaja y cómo para otros es un inconveniente.

Solo una de las informantes hace alusión a este tema, remarca en numerosas ocasiones las ventajas que existen al no conocer al paciente durante la realización de la RCP:

“...Si tens una parada a urgències tens la sort de no conèixer al pacient. Si tu coneixes a la família i al pacient si que tens més sentiment de pena i sí que tens com més remordiment de dir: ho hem fet tot? Era previsible? Però si aquí a urgències que t'arriben? i intentes sortir del pas...”,E1

Esto lo podemos ver reflejado en algunos estudios que hacen hincapié en la relación directa que existe entre la información y las emociones, ya que dicen que, si el profesional no conoce al paciente que tiene delante, no lo ve como un ser holístico, sino algo al que hay que realizarle una serie de técnicas o maniobras.³¹

No obstante, la enfermera ve esa deshumanización como algo positivo, ya que dice que si conociera a ese paciente le invadiría una serie de emociones en las que muchas ocasiones no sabría gestionar.

Posteriormente, comenta que cuando se encontraba en planta, si que nacia un vínculo con los pacientes, y que cuando ellos fallecían, se sentía triste ante la situación. Además, remarca que si hubiera tenido un paciente en PCR en planta habría sido una situación más caótica que en urgencias:

*“...Però si se m'hagués parat algú a la planta inesperadament **de malalts que jo conec, potser ho hagués passat pitjor i hagués estat encara més desorganitzat...**”,E1*

¿Por qué cree la enfermera que lo pasaría peor en un PCR en planta? Seguramente porque el profesional que trabaja en planta no está tan acostumbrado a la realización de la RCP y a que el tener un leve vínculo emocional con el paciente hace que los sentimientos afloren enlenteciendo o torpedeando la secuencia de realización de la RCP.

4.5. LA FORMACIÓN GENERA BENEFICIOS

Esta categoría hace referencia a la opinión de las enfermeras sobre los cursos de formación sobre la RCP y la gestión de las emociones.

En muchas investigaciones han evaluado si la formación continuada está relacionada con un aumento de los conocimientos y habilidades durante la RCP, como resultado obtuvieron que cuanto más formación reciban las enfermeras, más rápido será su actuación y por lo tanto menos secuelas neurológicas tendrá el paciente.¹⁹⁻²³

A continuación, explicaremos las siguientes subcategorías: opiniones de los cursos de gestión de las emociones y opiniones de los cursos de formación sobre la RCP.

CATEGORIA 5: La formación genera beneficios		
SUBCATEGORIAS	Opiniones de los cursos de gestión de las emociones	Dominar las emociones garantiza mejor razonamiento. ¿Controlar las emociones nos ayuda a actuar con rapidez?
	Opiniones de los cursos de formación sobre la RCP	El conocimiento teórico es de gran valor ¿Las habilidades prácticas ayudan a ganar confianza? La formación es importante para estar actualizadas.

Tabla 9. Categoría La formación genera beneficios. Fuente: Elaboración propia.

4.5.1 OPINIONES DE LOS CURSOS DE GESTIÓN DE LAS EMOCIONES

¿Es importante controlar las emociones?, todas las enfermeras exponen en sus discursos que cuando están atendiendo a un paciente en PCR, sus actuaciones surgen de manera automática, pero cuando te quedas paralizada o eres nueva en el ámbito y no sabes qué hacer, los sentimientos comienzan a florecer y a invadirte, impidiendo que reacciones, y comienzas a entrar en un bucle que es difícil de salir.

Por esa razón, algunas enfermeras están de acuerdo en recibir cursos para gestionar las emociones, ya que dicen que es de igual de importante que recibir la formación en RCP. Todos estos hechos lo podemos ver reflejado en las siguientes frases:

“es importante que tu emocionalmente estés preparada. Porque las técnicas las irás aprendiendo (...) eso no te lo enseña nadie, ni te lo dice nadie. Y eso es tan importante, para mí, es tan importante lo emocional como las técnicas”, E2

*“...intentas **controlar los nervios** (...) porque si tú estás más **tranquila**, pues **acertarás la vía**, controlarás... o sea que, como los nervios, están más relacionados con esos momentos de caos, y es que es más eso controlar los nervios”, E3*

*“...una persona que no haya pasado por esa situación, o que tenga **poca trayectoria profesional**, evidentemente, **le va a costar más** (eh) **gestionar esas emociones** (...) una vez que ya tienes un (mm), **bagaje profesional**, entonces pues (eh), haces de tripas corazón, aprendes pues a (...), **controlar la respiración**, a intentar (eh), **mantener tus pensamientos en orden** y bien elaborados para conseguir (...) **las maniobras bien hechas** (...) ante esa intensidad, si **tú te bloqueas o ese estrés** (eh), **no consigues** (...) **controlarlo** de manera adecuada, evidentemente (eh), **la eficacia de esa asistencia no va a ser igual**”, E4*

Diferentes estudios demuestran que la salud del individuo está determinada por las emociones, por ese motivo los investigadores remarcan que es importante que se introduzca la formación en sentimientos ya que forman parte del proceso de curación.³³

Pero, por otro lado, otras enfermeras expresan que los cursos de gestión de las emociones no los encuentran muy útiles, ya que dicen que es muy difícil que alguien te enseñe a controlarlas. Por esa razón, ellas creen que manejar los sentimientos lo consigues con los años de experiencia, conociéndote a ti misma y buscando herramientas para poder tener bajo control esas emociones:

*“Bueno hice una vez un curso (...) que era para **gestionar las emociones** en situaciones de crisis creo o algo así. Pero la verdad que no... no... bueno en ese momento sí que te sirven, pero... a **día de hoy no los aplico** (...) **vas desarrollando tus habilidades** para poder sobrevivir (...) emocionalmente es lo que nadie te prepara. Y debes tú, pues ir así un poco (...) haber por donde puedes irte moviendo, **para poder sobrevivir** (...) luego **si tu esto no lo hablas, o no lo trabajas**, o no lo... o no lo comentas con alguien, **eso se te queda ahí** (...) Entonces, pues no sé, yo creo que lo emocional, hay que **trabajarlo que es muy importante** (...)”, E2*

*“...**es muy difícil de saber enseñar** (...) yo creo que hasta que no lo vivimos, y por desgracia te lo llevas a casa, sobre todo **las primeras veces**, la primera vez que se te muere alguien, la primera vez. (respiración profunda), **todo eso, te lo llevas**, te lo llevas (...) Es difícil, yo creo que enseñarlo, es que. **tú misma saberlo gestionar**”, E3*

*“...a lo **largo de los años** te va a dar **muchas herramientas**, y te va a dar mucha **seguridad** a nivel (...), **emocional** y a nivel (...), **práctico y asistencial**”, E4*

4.5.2 OPINIONES DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN SOBRE LA RCP

Las Recomendaciones 2015 del European Resuscitation Council (ERC) y las Guías American Heart Association del 2018, han realizado diferentes proyectos de investigación para conocer con qué frecuencia los profesionales sanitarios deben recibir este tipo de formación.¹⁹ No obstante, hoy en día solo mencionan que la formación tiene que ser continuada e impartida con frecuencia y que las clases sean de periodos cortos, ya que así los conocimientos no se olvidarán con el tiempo.

Es por eso, que las enfermeras reclaman más cursos de formación, dado que, les ofrecen muy pocos y el periodo entre un curso y otro suele ser muy largo, por lo tanto, esto conlleva a que los conocimientos y habilidades se vayan deteriorando. Además,

todos estos sucesos, provocan que algunos profesionales busquen por otros medios realizar estos cursos:

*“...he fet dos suports vitals bàsics, i un suport vital immediat. **dos al hospital i un al màster (...)** t’ajuden a **tenir un esquema mental de com actuar (...)**”, E1*

*“...creo que sí que **sirven mucho y son muy necesarios...** y deberían hacerlos al menos **una vez al año (...)** son como muy recomendados. Pero, así como obligatorios... yo creo que no (...)", E2*

*“...en el hospital (...) cómo que te invitan a que lo tengas, (...) **te recuerdan**, hay este **curso (...)** a mí me ha **ayudado a nivel de la teoría**, a nivel de los pasos que hay que seguir (...)", E3*

*“...en el **servicio de urgencias cada año se hacen cursos**, (...) estamos (...) involucradas en este tipo de formación (...), los **cursos se adaptan a la realidad**, lo que pasa, que claro, **cada situación es diferente**, entonces pues l(...), el resultado final (...) pues es diferente”, E4*

El ERC aclaran que los conocimientos se deterioran entre 3-6 meses, por lo tanto, la formación que reciben las enfermeras no es suficiente, ya que, todas han mencionado que solo se imparte la formación de la RCP 1 vez al año.¹⁹

Por ese motivo, varios estudios han querido evaluar los conocimientos de la RCP, donde se pasaron diferentes encuestas e impartieron clases prácticas y concluyeron que la mayoría de los profesionales tenían un mínimo de conocimientos sobre la RCP, pero después de finalizar dichas prácticas obtuvieron unos resultados sorprendentes y se demostró que la teoría se adquiría mejor con los talleres de la RCP.^{21 22}

Otro dato a destacar, es que presentaban un máximo nivel de conocimientos en RCP aquellas enfermeras que llevaban más de 6 años en el ámbito laboral.^{21 22}

Las enfermeras, son conscientes de todos estos datos y es por eso que ellas están pendientes de los cursos para conocer las actualizaciones de las guías de RCP:

*“...yo los veo muy necesarios porque **las guías van cambiando (...)** y **tú debes estar actualizada (...)** estamos **tratando con vidas de personas...** y tenemos que ser conscientes que... bueno pues **que, si uno del equipo falla, todo el equipo falla**”, E2*

“...yo creo que, si haces **el curso específico, te dan más detalles** y cómo que se remarca pues eso, los tiempos (...) la diferencia que hay entre los adultos y los niños, (...), **te queda todo mucho más claro y más esquematizado**”, E3

4.6. SOPORTE EMOCIONAL A LA FAMILIA

El soporte emocional es la asignatura pendiente de todo profesional sanitario, los preparan para curar, para sanar, para cuidar al paciente, pero ¿Qué hay de las familias? Los profesionales sanitarios están en contacto constante con la muerte a lo largo de su carrera, esto supone un gran desgaste y agotamiento emocional. Por ese motivo les resulta difícil dar soporte emocional a las familias, por lo tanto ¿Cómo pueden acompañar si nadie les acompaña a ellos?

A continuación, explicaremos la siguiente subcategoría llamada: acompañamiento a la familia del paciente:

CATEGORIA 6: Soporte emocional a la familia	
SUBCATEGORIA	<p>Acompañamiento a la familia del paciente</p> <p>¿Solo la presencia del profesional da soporte emocional a la familia? ¿Las enfermeras están preparadas para dar soporte emocional?</p>

Tabla 10. Categoría Soporte emocional a la familia. Fuente: Elaboración propia.

4.6.1. ACOMPAÑAMIENTO A LA FAMILIA DEL PACIENTE

En la siguiente subcategoría vamos a analizar y a profundizar en el acompañamiento de los profesionales a las familias del paciente en PCR.

Después de haber perdido a sus pacientes, a los profesionales les invaden muchas emociones negativas, principalmente frustración, ya que ellos sienten que han hecho todo lo posible pero aún así el paciente ha fallecido. Como consecuencia lleva a que olviden lo importante, la familia:

“...yo creo que es **estar con la familia**. Porque, aunque parece fácil, **es lo más difícil**. Porque, aunque a veces te dicen: no tienes por qué decir nada, solo tienes que estar.”, E2.

Las enfermeras son conscientes de que no están preparadas para dar soporte psicoemocional a las familias, ya que, ni durante su formación, ni durante su experiencia laboral reciben ningún tipo de pauta para abordar estas situaciones. Por ese razón creen que con su presencia es suficiente:

*“Pero tienes que estar. Y tú **tienes que superar tus barreras para estar** (...) **No nos entrenan para estar**. (...) yo creo **que hay que prepararse emocionalmente para... para saber acompañar**. Y para saber... **Eso te hace crecer también como persona y como profesional** (...) pues tener en cuenta todo esto y **formar un poco más en las emociones, para poder... para poder dar. Para poder acompañar.**”, E2.*

Los profesionales son conscientes de que deben cuidar a las familias, pero sienten que es una de las situaciones más incómodas, la mayoría no se encuentran preparados para ello y recurren a diferentes herramientas desarrolladas por la experiencia.³¹

Por otro lado, las enfermeras reflejan que les resulta mucho más fácil acompañar una familia cuando la muerte es esperada que cuando no lo es:

*“...Pero bueno... la gente mayor, pues **la gente mayor que son muertes esperadas** y todo esto...**Sabes acompañar mejor, a la familia. La familia se deja también acompañar mejor, que cuando son muertes no esperadas**, y cuando son cosas así... pues... es mucho más complicado. Seguro que no estamos preparados nadie para... para... acompañar una muerte así. Pero... **tampoco nos han formado para hacerlo.**”, E2.*

Además, añaden las participantes, que una forma de reconfortar a las familias es dejar al difunto sin ningún dispositivo que pueda dañar la imagen de aquella persona, ya que es la última imagen que tendrán de su ser querido:

*“Però bueno, respectar-los. Jo crec que **els hauries de tractar com t’agradaria que et tractessin a tu**. Perquè som persones. No posar presses, deixar a la persona d’una forma decent...”, E1.*

*“Porque la familia...no le va servir de nada que seas la mejor enfermera del mundo poniendo vías o... o haciendo la secuencia de la RCP perfectamente si después... **no tienes ni un ápice de... de compasión o de empatía o de... o de miramientos de dejarle despedirse antes de bajarlo a la morgue, o de... no sé...**”, E2.*

5. CONCLUSIONES

A partir de nuestro trabajo, hemos podido concluir que las enfermeras experimentan tanto emociones positivas como negativas durante la realización de la RCP.

Las emociones positivas más comunes que surgen son bienestar y alegría, principalmente cuando el resultado de la RCP ha sido beneficioso y, por lo tanto, el profesional tiene la satisfacción de que ha realizado un buen trabajo.

Las emociones negativas que aparecen son tristeza, estrés y frustración, la tristeza es generada cuando el resultado de la RCP es desfavorable y el paciente ha fallecido, este hecho deriva en frustración debido a que a pesar de realizar un buen trabajo el resultado ha sido negativo. Por otro lado, encontramos el estrés que es el más común de los sentimientos, que aparece debido al aumento de adrenalina que sufre el profesional a causa de la presión y la responsabilidad de la situación.

Respecto a la influencia de dichas emociones en la RCP, hemos observado que todas nuestras informantes describen padecer una insensibilidad, es decir, una concentración que hace que no sientas nada durante el momento que estas realizando la RCP. Demostrando así que las emociones no influyen en el momento de las maniobras, pero sí lo hacen antes o después. Por lo tanto, una vez finalizada las técnicas es cuando afloran los sentimientos, tanto positivos como negativos.

En Relación a la gestión y afrontamiento que hacen de sus emociones, hay que destacar que existen diferencias notables entre las enfermeras más expertas de las más noveles. Las enfermeras que llevan más tiempo trabajando en urgencias, a través de las experiencias y el tiempo, han creado una serie de mecanismos o métodos para afrontar aquellas situaciones que les han impactado de forma más personal. Dentro de estos métodos el más común y reconocido es el apoyo entre los compañeros.

Por otro lado, respecto a los cursos de formación de la RCP, las enfermeras están de acuerdo en recibirlas cada año, ya que dicen que son muy útiles porque les ofrecen clases teóricas-prácticas y que se asemejan mucho a la realidad. Todo esto, conlleva a que las enfermeras ganen más confianza, conocimientos, habilidades, y una mayor comunicación con el equipo de RCP.

Finalmente, en referencia a la presencia familiar durante la RCP, las opiniones son unánimes, todas las informantes están en contra. Esto coincide con la bibliografía encontrada, reafirmando que, a pesar de ser una práctica con un gran número de beneficios, los profesionales sanitarios son reacios a su realización.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Prieto Valderrey F, Nieto Galeano J. Plan Hospitalario de Asistencia a la Parada Cardiorespiratoria y la Emergencia Vital [Internet]. Ciudad Real: Gerencia Área de Puertollano, SESCAM; [2011] [consultado el 5 de diciembre del 2018]. Disponible en:
<http://wp.gapllano.es/wp-content/uploads/2017/02/rcpPuertollano.pdf>
2. Pedrosa Cebador R. Organización de la reanimación cardiopulmonar intrahospitalaria: Situación actual en España [TFG] [Internet]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2014 [consultado el 14 de enero del 2018]. Disponible en:
https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240339/Ramón_Pedrosa_Cebador.pdf?sequence=1
3. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Parada Cardiorespiratoria: algoritmos de reanimación [Internet]. Zaragoza: IACS; [2010] [consultado el 14 de enero del 2019]. Disponible en:
<http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/03-10.pdf>
4. Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. La desfibrilación semiautomática precoz: una herramienta fundamental en la atención a la muerte súbita cardiaca [Internet]. Madrid: El Consejo; 2011 [consultado el 1 de diciembre del 2018]. Disponible en:
<https://www.cercp.org/area-ciudadana/54-la-desfibrilacion-semiautomatica-precoz-una-herramienta-fundamental-en-la-atencion-a-la-muerte-subita-cardiaca?highlight=WyJwYXJhZGElLCJjYXJkXHUwMGVhYWNhliwicGFyYWRhIGNhcmRcdTAwZWRhY2EiXQ>
5. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Parada Cardiorespiratoria: algoritmos de reanimación [Internet]. Zaragoza: IACS; [2010] [consultado el 14 de enero del 2019]. Disponible en:
<http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/03-10.pdf>
6. Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. OHSCAR: Out of Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry [Internet]. Madrid: Consejo Español RCP [consultado el 14 de enero del 2019]. Disponible en:
<https://www.cercp.org/noticias/proyecto-ohscar-new>
7. Tíscar-Gonzalez V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodríguez-Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de salud

- en el País Vasco. Atención Primaria [Internet]. 2017 [consultado 11 de febrero del 2019]; 1-9. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
8. López Messa J. La Parada Cardíaca Extra-hospitalaria: Situación General y en España [Internet]. Madrid: Consejo Español RCP; 2013 [consultado el 16 de enero del 2019]. Disponible en:
<https://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/PCEH.pdf>
 9. Rodríguez Mañero M. Muerte Súbita [Internet]. Madrid: Fundación Española del Corazón [consultado el 20 de enero del 2019]. Disponible en:
<https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/muerte-subita.html>
 10. Caminal D. Muerte súbita: 30.000 casos cada año en España [Internet]. Madrid: Fundación del Corazón; 2018 [consultado el 16 de enero del 2019]. Disponible en:
<https://fundaciondelcorazon.com/prensa/la-fec-en-los-medios/3286-muerte-subita-30-000-casos-cada-ano-en-espana.html>
 11. Herrera Carranza M, López Camacho F. Plan Hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Vital [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; [2006] [consultado el 21 de enero del 2019]. Disponible en:
http://www.semicyuc.org/sites/default/files/plan_hjrj_rcp.pdf
 12. Prieto Valderrey F, Galeano Nieto J. Plan Hospitalario de Asistencia a la Parada Cradorrespiratoria y la Emergencia Vital [Internet]. Ciudad Real: Gerencia de Área de Puertollano, SESCOAM [2011] [consultado el 21 de enero del 2019]. Disponible en:
<http://www.semicyuc.org/sites/default/files/rcppuertollano.pdf>
 13. Martín O, Lucía V. Evolución de las maniobras de RCP básicas a lo largo del tiempo: una historia ligada a la humanidad: Urgencias y Emergencias [TFG] [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015 [consultado el 10 de diciembre del 2018]. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19195/1/TFG-M-M645>
 14. Huerta-Torrijos J, Díaz Barriga-Pardo R, García-Martínez SA. Reanimación cardiopulmonar y cerebral. Historia y desarrollo. Revista de la Asociación Mexicana Medicina Crítica y Terapia Intensiva [Internet]. 2001 [consultado el 12 de diciembre del 2018]; (15)2: 51-60. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2001/ti012d.pdf>

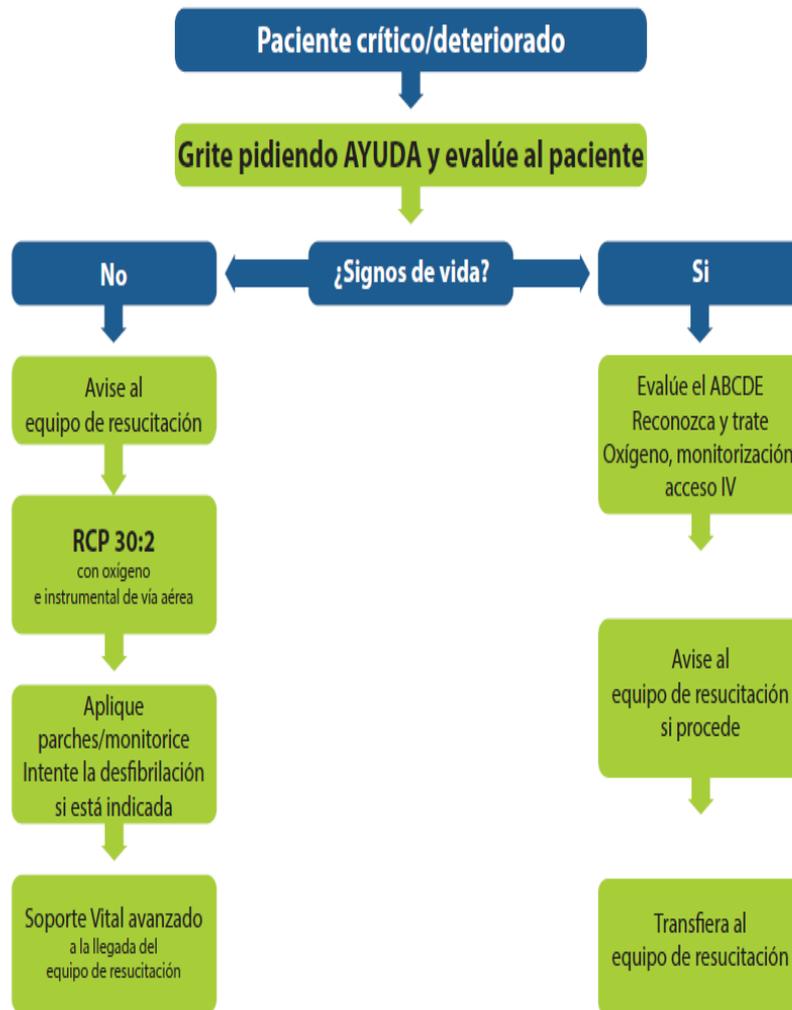
15. Tiberio Alvarez F. Una historia de la reanimación. Rev, Col. Anest [Internet]. 1989 [consultado el 10 de diciembre del 2018]; (17)9: 9-16. Disponible en: [http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1989/1989%20Enero%20-%20Marzo%20\(simposio%20RCCP%20Medellin%20sep.1988\)/mej/Una%20historia%20de%20la%20reanimacion.pdf](http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1989/1989%20Enero%20-%20Marzo%20(simposio%20RCCP%20Medellin%20sep.1988)/mej/Una%20historia%20de%20la%20reanimacion.pdf)
16. European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC): Sección 1: Resumen Ejecutivo [Internet]. Madrid: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar; 2015 [consultado el 10 de diciembre del 2018]. Disponible en: https://www.semg.es/images/stories/recursos/2015/Recomendaciones_ERC_2015_Resumen_ejecutivo.pdf
17. Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. Enfermería Intensiva [Internet]. 2016. [consultado el 11 de febrero del 2019]; 28(4): 144-159. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.01.002>
18. Fernández Pérez L. Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar de los Enfermeros en Unidad sin Monitorización de Pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias [TFM] [Internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013. [consultado el 1 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17790/3/TFM%20Laura.pdf>
19. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC): Principales novedades. [Internet]. Madrid: El Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar; 2015 [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: https://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones_ERC_2015_Principales_novedades.pdf
20. Aspectos Destacados de las Actualizaciones Detalladas de las Guías de la American Heart Association para RCP y ACE del 2018: soporte vital cardiovascular avanzado y soporte vital avanzado pediátrico. [Internet]. American Heart Association; 2018. [consultado el 6 de marzo del 2019]. Disponible en: https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2018/10/2018-Focused-Updates_Highlights_ESXM.pdf
21. Sánchez García AB, Fernández Alemán JL, Alonso Pérez N, Hernandez Hernández I, Navarro Valverde R, Rosillo Castro D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de

- los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [consultado el 9 de marzo del 2019]; 14 (3): 230-245. Disponible en:
<https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=5149573>
22. Peláez Sánchez ME. Conocimientos de los enfermeros del hospital del oriente de Asturias (HOA) en reanimación cardiopulmonar. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2016 [consultado el 12 de marzo del 2019]; 4(3): 18-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5609071>
23. Spearpoint KG, Gruber PC, Brett SJ. Impact of the Immediate Life Support course on the incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest calls: An observational study over 6 years. *Resuscitation* [Internet]. 2009. [consultado el 15 de marzo del 2019]; 80 (6): 638-643. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Impact+of+the+immediate+life+support+course+on+the+incidence+and+outcome+of+in-hospital+cardiac+arrest+calls>
24. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 8ª ed. Barcelona: Gea Consultoría; 2015 [consultado el 22 de febrero del 2019]. Disponible en: <https://www-elsevierelibrary-es.sabidi.urv.cat/pdfreader/modelos-y-teoras-en-enfermera67894>
25. Sánchez Castro S, Torres Moreno-Cid MD, Salamanca Castro AB. Propuesta de modelo organizativo de cuidados: Gestión por Competencias. Granada: Biblioteca Lascasas [Internet]. 2013 [consultado el 22 de febrero del 2019]; 9 (3): 1-20. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0725.pdf>
26. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global* [Internet]. 2013 [consultado el 24 de febrero del 2019]; 12 (4):346-361. Disponible en:
<https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=4411015>
27. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, Observar y Comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud: Aportaciones de la Investigación Cualitativa [Internet]. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014 [consultado el 12 de marzo del 2019]. Disponible en:
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

28. Institut Català de la Salut: Gerència Territorial. Història de L'Hospital Univertirari Joan XXIII [Internet]. Tarragona: ICS Camp de Tarragona. [consultado el 15 de marzo del 2019]. Disponible en:
<https://icscampdetarragona.cat/web/index.php/hospital-joan-xxiii/historia-hospital-joan-xxiii/>
29. Institut Català de la Salut: Gerència Territorial. Urgències [Internet]. Tarragona: ICS Camp de Tarragona. [consultado el 15 de marzo del 2019]. Disponible en:
<https://icscampdetarragona.cat/web/index.php/hospital-joan-xxiii/els-nostres-serveis/urgencies/?lang=es>
30. Boqué Oliva MC, Castellarnau E, De la Flor M. Procediment de les àrees d'urgències: Pla funcional de urgències. [Internet]. Tarragona: Hospital Universitari Joan XXIII; 2014
31. Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. Estudio cualitativo sobre las experiencias y las emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación con resultado de muerte. Enfermería Intensiva [Internet]. 2016. [consultado el 11 de abril del 2019]; 28(2):57-63. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003>
32. Navalpotro-Pascuala S, Blanco-Blancoby A, Torre-Puenteca JC. La experiencia de los profesionales sanitarios en la reanimación cardiopulmonar y su relación con su autoeficacia: una aproximación cualitativa. Enfermería Clínica [Internet]. 2018 [consultado el 22 de abril del 2019]. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.008>
33. Nespereira-Campuzanoa T, Vázquez-Campob M. Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. Enfermería Clínica [Internet]. 2016 [consultado el 22 de abril del 2019]; 7(3):172-178. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.007>
35. Rodríguez MJ. Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión. Números Científicos. [Internet]. Fundación de la Enfermería de Cantabria; 2012. [consultado el 22 de abril del 2019]. Disponible en:
<http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/67/64>

7. ANEXOS

Anexo 1: Algoritmo de Resucitación en el Hospital. ABCDE



Anexo 2: Entrevista Semiestructurada

1. ¿Cómo fue tu primera experiencia delante de la RCP?
2. ¿Qué sentimientos te generaron delante de esa situación?
3. ¿Qué sentimientos te generaron después?
4. ¿Supiste gestionar esas emociones?
5. ¿Crees que tus emociones interfirieron en su actuación durante las maniobras de RCP?
6. ¿Qué crees que es lo más difícil de esa situación?
7. ¿Crees que los profesionales sanitarios necesitan una formación específica para gestionar sus emociones?
8. ¿Aprendiste algunas técnicas para gestionar esas emociones?
9. ¿Sigues utilizando esas técnicas?
10. ¿Cómo fueron tus siguientes experiencias?
11. ¿Cuál experiencia te ha marcado más y por qué?
12. ¿Qué opinas acerca de la presencia de los familiares durante la RCP?
 - 12.1. ¿Crees que existe algún beneficio para la familia o profesionales?
13. ¿Has realizado algún curso de formación de RCP?
14. ¿De qué manera ha influido ese curso de formación en la RCP real?
15. ¿Qué le recomendarías a los futuros profesionales de enfermería si se encontrará en esa situación?

Anexo 3: Datos Sociodemográficos

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre.....Identificación.....

Edad:

Sexo: M/F

Dirección:

Localidad:

Titulación en enfermería:

- Graduado
- DUI
- ATS

Tiempo que lleva ejerciendo de enfermera:

Tiempo que lleva en urgencias

Servicios en los que ha trabajado:

Turno:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Mañana/Tarde
- Mañana/Tarde/Noche

¿Has realizado alguna formación sobre la RCP?

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre Mireia Briandó Eixart Identificación E1

Edad: 26

Sexo: M F

Dirección: C/ Sant Jaume noso

Localidad: Valls

Titulación en enfermería:

- Graduado
- DUI
- ATS

Tiempo que lleva ejerciendo de enfermera: 4 anys

Tiempo que lleva en urgencias: 1 any i mitj

Servicios en los que ha trabajado: Hematología, Hospital de D.U
Soccosanitari / Urgències

Turno:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Mañana/Tarde
- Mañana/Tarde/Noche

¿Has realizado alguna formación sobre la RCP? Si

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre... Anna

Identificación... E2

Edad: 37

Sexo: M/F

Dirección:

Localidad:

Titulación en enfermería:

- Graduado
- DUI
- ATS

Tiempo que lleva ejerciendo de enfermera: 2004 (14 anys)

Tiempo que lleva en urgencias: 12 años

Servicios en los que ha trabajado: UCU - URG - HEMATOLOGÍA

Turno:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Mañana/Tarde
- Mañana/Tarde/Noche

¿Has realizado alguna formación sobre la RCP?

Si

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre... LAURA Identificación... E3

Edad: 28

Sexo: ~~M~~F

Dirección:

Localidad: REUS

Titulación en enfermería:

- Graduado
- DUI
- ATS

Tiempo que lleva ejerciendo de enfermera:

4 ANYS

Tiempo que lleva en urgencias:

2 ANYS

Servicios en los que ha trabajado:

PLANTA
URGENCIAS

Turno:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Mañana/Tarde
- Mañana/Tarde/Noche

¿Has realizado alguna formación sobre la RCP?

Si

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre... Gracia Identificación... E4

Edad: 46 Sexo: M/ F

Dirección: Localidad: TARRAGONA

Titulación en enfermería:

- Graduado
- DUI
- ATS

Tiempo que lleva ejerciendo de enfermera:

18 años

Tiempo que lleva en urgencias:

7 años

Servicios en los que ha trabajado: M.I. Cardiología, Hemato/UC
Nefrología, Neurología, Traumatología

Turno:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Mañana/Tarde
- Mañana/Tarde/Noche

¿Has realizado alguna formación sobre la RCP?

Si

Anexo 4: Ficha del Informante

ID Informante:	Fecha:	Duración:	Localización:
Resumen de la entrevista			
Relación de temas que aparecen			
Comentarios del entrevistador			
Comunicación no verbal del entrevistado			
Otros			

Anexo 5: Consentimiento Informado

HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE

Estimado/a Sr. /Sra.

Nos ponemos en contacto con usted para solicitar su colaboración en nuestro trabajo de final de grado "Sentimientos de los profesionales de enfermería ante la RCP" de la Facultad de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona previsto realizar en el Hospital Universitari de Tarragona de Joan XXIII.

El principal objetivo de nuestro trabajo académico es conocer las vivencias los profesionales de enfermería durante y después de la realización de las maniobras de reanimación ante una persona en parada cardíaca, además de identificar aquellos sentimientos y percepciones de la/el enfermera/o al afrontar esta vivencia y que técnicas utiliza para adaptarse a esa situación.

Por ese motivo se le invita a participar en este trabajo. Su participación consistirá en la realización de una entrevista semiestructurada la cual será grabada en audio. La entrevista se llevará a cabo en el Hospital Universitari Joan XXIII y antes de la entrevista se le realizará una breve explicación de en qué consiste el trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberle informado sobre el procedimiento que queremos realizar, pedimos su autorización de forma voluntaria.

En el caso de decidir participar y dar consentimiento inicial, usted tiene derecho a interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin expresar la causa o el motivo, sí es así le ruego que lo comunique y a partir de ese momento se parará la entrevista. También, tiene derecho a no firmar este consentimiento.

NO existe ningún riesgo psíquico ni daño físico al entrevistado a la hora de realizar esta entrevista con audio.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, guardándose siempre sus datos personales atendiendo a un estricto

cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenido.

Yo,.....
.....con DNI....., doy el consentimiento para que me realicen la entrevista utilizando grabadoras de audio.

Se me ha facilitado la información necesaria sobre el estudio de investigación y sus objetivos. Autorizo la grabación para la plataforma de la Universidad en el ámbito docente y autorizo a Belén Lencero Carretero con DNI 39936072-E y Gabriela Erika Orrala Aules con NIE X7475655-B a realizarme la entrevista.

Autorizo

No autorizo

Firma del entrevistado
2019

Tarragona, a.... de.....de

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberle informado sobre el procedimiento que queremos realizar, pedimos su autorización de forma voluntaria.

En el caso de decidir participar y dar consentimiento inicial, usted tiene derecho a interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin expresar la causa o el motivo, sí es así le ruego que lo comunique y a partir de ese momento se parará la entrevista. También, tiene derecho a no firmar este consentimiento.

NO existe ningún riesgo psíquico ni daño físico al entrevistado a la hora de realizar esta entrevista con audio.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, guardándose siempre sus datos personales atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenido.

Yo, Mireia.....
con DNI A736651-E....., doy el consentimiento para que me realicen la entrevista utilizando grabadoras de audio.

Se me ha facilitado la información necesaria sobre el estudio de investigación y sus objetivos. Autorizo la grabación para la plataforma de la Universidad en el ámbito docente y autorizo a Belén Lencero Carretero con DNI 39936072-E y Gabriela Erika Orrala Aules con NIE X7475655-B a realizarme la entrevista.

Autorizo

No autorizo

Firma del entrevistado

Tarragona, 28 de Enero..... de 2019



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberle informado sobre el procedimiento que queremos realizar, pedimos su autorización de forma voluntaria.

En el caso de decidir participar y dar consentimiento inicial, usted tiene derecho a interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin expresar la causa o el motivo, si es así le ruego que lo comunique y a partir de ese momento se parará la entrevista. También, tiene derecho a no firmar este consentimiento.

NO existe ningún riesgo psíquico ni daño físico al entrevistado a la hora de realizar esta entrevista con audio.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, guardándose siempre sus datos personales atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

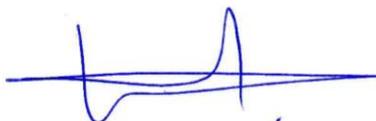
En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenido.

Yo, Anora.....
con DNI 39904288R....., doy el consentimiento para que me realicen la entrevista utilizando grabadoras de audio.

Se me ha facilitado la información necesaria sobre el estudio de investigación y sus objetivos. Autorizo la grabación para la plataforma de la Universidad en el ámbito docente y autorizo a Belén Lencero Carretero con DNI 39936072-E y Gabriela Erika Orrala Aules con NIE X7475655-B a realizarme la entrevista.

Autorizo No autorizo

Firma del entrevistado



Tarragona, a 29 de Sept de 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberle informado sobre el procedimiento que queremos realizar, pedimos su autorización de forma voluntaria.

En el caso de decidir participar y dar consentimiento inicial, usted tiene derecho a interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin expresar la causa o el motivo, sí es así le ruego que lo comunique y a partir de ese momento se parará la entrevista. También, tiene derecho a no firmar este consentimiento.

NO existe ningún riesgo psíquico ni daño físico al entrevistado a la hora de realizar esta entrevista con audio.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, guardándose siempre sus datos personales atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenido.

Yo, LAURA J
con DNI 39726228-E, doy el consentimiento para que me realicen la entrevista utilizando grabadoras de audio.

Se me ha facilitado la información necesaria sobre el estudio de investigación y sus objetivos. Autorizo la grabación para la plataforma de la Universidad en el ámbito docente y autorizo a Belén Lencero Carretero con DNI 39936072-E y Gabriela Erika Orrala Aules con NIE X7475655-B a realizarme la entrevista.

Autorizo

No autorizo

Firma del entrevistado

Tarragona, a 31 de ENERO de 2019



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haberle informado sobre el procedimiento que queremos realizar, pedimos su autorización de forma voluntaria.

En el caso de decidir participar y dar consentimiento inicial, usted tiene derecho a interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin expresar la causa o el motivo, sí es así le ruego que lo comunique y a partir de ese momento se parará la entrevista. También, tiene derecho a no firmar este consentimiento.

NO existe ningún riesgo psíquico ni daño físico al entrevistado a la hora de realizar esta entrevista con audio.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, guardándose siempre sus datos personales atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

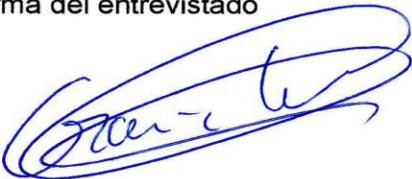
En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenido.

Yo, Gracia L.
con DNI 39708299H, doy el consentimiento para que me realicen la entrevista utilizando grabadoras de audio.

Se me ha facilitado la información necesaria sobre el estudio de investigación y sus objetivos. Autorizo la grabación para la plataforma de la Universidad en el ámbito docente y autorizo a Belén Lencero Carretero con DNI 39936072-E y Gabriela Erika Orrala Aules con NIE X7475655-B a realizarme la entrevista.

Autorizo No autorizo

Firma del entrevistado



Tarragona, a 31 de Septiembre de 2019

Anexo 6: Entrevistas

ENTREVISTA E1

Primer explica'm com va ser la teva primera experiencia davant la RCP?

Només he tingut una parada cardiorespiratoria que era remuntable, perquè si que he tingut morts, pero no he tingut parades, y era una dona que...que venia...que habia tingut un infart i venia amb ambulancia, y venia bastant inestable. I... i es va poder previndre de que es pararia. Perquè va valorar cardio super rapid y... ya ho va dir de que hi había risc de que es parés, porque tenía un taponament cardiac.

Pero que va passar exactament en aquesta situació?

La van entrar al box de crítics, de seguida va venir cardio, li va fer un ecocardio, va veure que estava taponada, van fer un drenatge pericardic, la vam ficar al box d'urgències. Que també és una situació caòtica, pero en el moment ho fas. I... i després de ficar-la va remontar una miqueta, però després ya... de seguida va fer una baixada del nivell de consciencia, y las cardios ho van previndre que es pararía. Llavorens abans de que es pares, ja vam començar, o sigui, ens vam organitzar. Perque va haver una infermera que es va ficar a via aèria, vam ficar el monitor que ya portaba el DEA, jo vaig agafar les adrenalines i l'altre company no se estava per alli.

O sigui que us vau poder preparar

Vull dir que va ser com previsible. Perquè dintre del que cap, o sigui, no va ser una parada com trovada. O sigui va ser com... que estava previst, que podria passar. Llavors va ser fàcil de muntar porque hi havia cardio alli. I... i estavem els dos infermers del box de crítics, a més a més hi va haver una veterana que va entrar amb nosaltres. Així va ser. A causa de un taponament cardíac que ya s'havia fet un drenatge. Vull dir, que el taponament cardíac ja saps que es una de les causes de les parades cardiorespiratories. Vull dir, que era una de les possibilitats que hi había dins del que teníem.

No us va agafar per sorpresa ni res?

No

Llavors que vas sentir? Quins sentiments et van sorgir en un primer moment?

Les doctores es van ficar molt nervioses. I... i donaven les ordres mèdiques de forma bastant desorganitzada, per ja et dic, o sigui una infermera es va ficar a via aèria, jo

em vaig ficar amb medicació, que ja vai agafar la adrenalina, les adrenalines vaja. I...l'altre companya estava de suport. Vull dir hem vai ficar nerviosa perquè era la primera vegada que ho veia. Tot i que et podies haver preparat, perquè realment la dona va ser com; ostres! Qué està passant? Li està disminuint el nivell de consciència i en un moment la cardio va dir: aquesta dona es parara. Llavors ja vam fer la posició de RCP i de seguida. O sigui, de seguida vam fer maniobres. Li vam ficar els parches, pero el ritme no era desfibrilable. Llavors, o sigui, si que estava nerviosa, pero a la vegada, ja que, hi havia la infermera veterana allí a vía aérea ja preparada, pero super preparada, ja amb el ambu ja preparada, per si a vere què passava. Amb el meu company també tenia molta confiança. I bé.

Va sobreviure la senyora?

No, es va morir. Pero en el moment que va arribar al box de crítics li van fer la ECO i li van ficar el drenatge pericardic. Vam parlar després amb la cardio y ella ho va dir que aquesta dona segurament es moriria. Llavors la RCP no va ser molt llarga. O sigui vam tenir temps de fer dos cicles, de RCP, o sigui, dos minuts. Vam ficar adrenalina, vam fer dos minuts, vam tornar a ficar adrenalina, I... ja no vam continuar. O sigui vam arribar a ficar només dos adrenalines. Llavors o sigui va ser... bueno. Nervis, pero era com, no tranquil·litat, perquè quan tens una parada de una persona jove suposo que t'ho prens d'una altre manera no? Una persona remontada del carrer, no saps que té, no saps perquè s'ha parat. I ho vas descobrir sobre la marxa jo crec que és diferent. I era una dona gran, no se, devia tenir setanta anys o així, així que era una putada perquè tu sabies que era una dona autònoma i tot. I tens com aquesta imatge no? de que t'emportes. Pero... va ser com a molt previsible tot.

Y quins sentiments et van sorgir després, un cop passada la RCP, que ja estàs més tranquil·la, quins sentiments et venen?

Vam, jo crec que vam actuar força bé. Llavors, o sigui, si tu veus que has fet tot el que has pogut. O sigui perquè a la dona se la va intubar. Que bueno, això es un altre tema ja. Pero se li va fer el drenatge, que es lo que necessitava, se li va intentar pos tirar cap a endavant. O sigui, va ser com...No sé. Jo crec que no ho vam fer malament. Llavors no tenies, no se, no tenies sensació de haver-la cagat o de dir: ostia han quedat coses pendents. Dons se m'ha escapat de les mans. Que això fa com... No sé... Desperta com a més rabia. De dir: collons tio!

No et van sorgir emocions negatives?

No. Perque encara que es va morir...Si a tu et entra un doctor i et diu que aquesta dona es morira perquè tenia trencat una de les parts del cor i estava sagnant per allí i que estava necessitant una cirugia cardiaca. Cosa que aquí, ja saps no li faran.

Si fos una persona jove t'ho prens amb més rabia, pero aquesta senyora desde el bon principi sabíem que segurament no tiraria endavant. Jo em vaig quedar bastant tranquila. la veritat. O sigui, si que al veure la família i tot, et pot despertar certa pena no? I... o sigui, lògicament tots tenim avis no? i tu penses: ostia pues te la edat del meu avi. Fa com a coseta no? Pero bé. Si tens una parada a urgències tens la sort de no conèixer al pacient. Si tu coneixes a la família i al pacient si que tens més sentiment de pena i sí que tens com més remordiment de dir: ho hem fet tot? Era previsible? Pero si aquí a urgències que t'arriben? i intentes sortir del pas. No se. I... va estar bastant organitzat. Dintre del que cap eh.

Tu creus que les emocions que tenies al moment, que estaves mes nerviosa i tal, van interferir en el moment de fer la RCP? O si haguessis estat tranquila ho haguessis fet igual?

Jo crec que no. En aquest cas. Pero, perque ja et dic, o sigui, en el moment que va entrar per la porta aquesta dona. O sigui es va sapiguer actuar molt ràpid. Y les cardios ja ho van dir que era el que s'esperava. Llavors...acuava rapid perquè estava en el box de crítics, pero... Si saps on està el material y tot y tu veus una infermera que está a vía aèria i no t'has de preocupar d'altres coses. I només perquè, jo vaig dir: agafo adrenalines. I la cardio em va dir: pues tu ets la de les adrenalines no facis res més. I la Pili va dir: jo agafo via aerea. Pos vale tu estàs amb el intubat. I l'Isaac estava allí, pues de suport que també va bé tenir algú de referencia de si et fa falta algo. O sigui, pot ser si hagués estat més tranquila? No ho sé. Jo crec que no hagués cambiat res en aquest cas. Però hi ha casos que sí que hi ha, que el nervis, pot ser et fan no posar la via a la primera o dubtar de quina medicació i trigar una mica més. Pero bueno, en aquest cas va anar bé.

Que creus que es lo més difícil davant aquesta situació?

La organització. Que hi hagi algú que mani de debò. No que faci crits i que... O sigui que ens parlem bé. Hi ha descontrol, hi ha crits, hi ha... Hi ha ordres mal donades. En el sentit en que no... O sigui que no et tracten com de tú a tú, o sigui és com un superior i tu... O sigui no amb males paraules però...O sigui jo crec que el que costa es organitzar-se. O sigui tenir clar que fa que. Qui fa el que. O sigui hi ha d'haver algú

que divideixi la feina. O ho has parlat abans, que jo crec que això es el que haurien de fer en un box de crítics. Això si en el moment que entres i som dos infermeres i un metge. O sigui jo crec que hauriem de trovar-nos i dir-ho. Vale ve un politrauma dons tu et fiques al cap, jo hem fico a la vía i tú monitoritzes. No es parla mai això. Va sobre la marcha.

Clar, si es fes es facilitaria molt les coses.

Si jo crec que s'hauria de fer una prèvia. Com després fer una trobada i dir: vale que ha passat? Que hem de millorar? Jo crec que ens organitzariem molt millor. Pero bueno, com que tots anem passant per aquí i fem el que podem.

Si com fer una reflexió després de que passi tot

Sí però, abans també. Jo crec que ens hem de trobar abans, de tots els de crítics i després d'haver tingut un cas així especial. Ens hauriem de trobar. Hi va haver coses que es van fer mal fetes aquí, de fet això no ho he dir però es va tirar material que després es va necessitar, pero perque naltros no estavem acostumats a fer aquests drenatges, llavors els vam tirar, pero la cardio ens va dir que no els havíem de tirar i en aquell moment hi va haver com males paraules del pal: Per què ho heu llençat això? Si això ho hem de fer servir. Era una xeringa només. O sigui com retrets, que no venien al cas. Perquè com ells estaven en tensió, clar la dona s'estava morint. O sigui demanar les coses i retreure que havies llençat una xeringa quan en tenia una a la mà. Un altre saps? O sigui que vam tardar 2 segons més ha donar-li. Pero bueno...

Creus que els professionals necessiten més formació davant quines emocions i quins sentiments tenir en aquestes situacions?

Jo crec que a nivell de sentiments potser no necessites formació.

Hem referia més a com gestionar les emocions que sorgeixen?

Davant la RCP?

Exacte. Si existeix algun tipus de formació que us ajudi a gestionar els nervis o la tensió davant aquestes situacions

Normalment quan fas cursos de suports vitals, no et parlen mai de sentiments. O sigui, però si que et parlen d'organització. O sigui quan fas un curs de suport vital immediat, o de suport vital bàsic. O sigui t'ho esquematitzen tot molt. I això, jo crec que t'ajuda a tenir la ment freda de dir: vale això, això i això. Llavors aquí no hi entren tampoc els sentiments.

No es parla massa sobre aquest tema?

No. I mai infermeria tampoc rebem informació a nivell de com gestionar... Jo mai he rebut formació de com gestionar els sentiments i... He estat en plantes complicades. O sigui he estat a hemato on els pacients s'et moren. O sigui no s'et paren, s'et moren. I son pacient que els coneixes desde fa un any potser. I... Allò ho vam demanar. O sigui vam demanar formació per gestió d'emocions a la supervisora. I no s'ens va donar res.

Com han sigut les teves següents experiències?

No n'he tingut.

Llavors com creus que serien? Com et veuries tu davant d'una altra situació així?

Tenir-ne una és com tot. Quan t'arriba un malalt, quan t'arriba... jo que sé... el teu primer edema agut de pulmó vas super perdut. Perquè no el saps identificar. No saps com has d'actuar o no tens prioritats dintre del teu camp. Però jo crec que en pic en tens una, dos o tres... O sigui tu saps quina és la teva prioritat. I...si son dos infermers, saber que tu et ficaras a via aerea, jo hem ficaré a la via...amb la medicació. O saps quin material has de tenir a mà. Llavors jo, o sigui jo crec que serà més organitzat. Per part meva. O sigui perquè va ser com una mica fortuït que jo agafes l'adrenalina i no hem fiques a via aèria. Per què? Perquè jo vaig pensar abans en la adrenalina que en intubar a la persona. Quan lo primer es el ABCD pero bueno si está parat cambia el algoritme no? Llavors bueno... ventilar relativament esta dintre de, o sigui ho pots fer o no ho pots fer. Lo important es compressions, que això ho van fer els metges. O sigui compressions aqui a urgències normalment ho fan els metges. A no ser que tu t'ho trovis i entris a fer RCP.

I creus que els sentiments seran diferents en la segona RCP davant de la primera?

Depèn de com sigui. Esque si jo hem trobo una persona jove parada...Crec que els sentiments serien diferents. I si...no es en l'àmbit hospitalari i te la trobes pel carrer? També seria diferent. O sigui quan estàs aquí, hi ha un ambient molt de seguretat. Pero som infermers i hem de respondre. Pero a més a més crec que per llei hem de dir que som infermers i actuar. Perque sino et poden denunciar o no se que fer. Llavors... jo ho he pensar moltes vegades o sigui jo em vai trobar un dia, que estava entrant al tren i estava baixant les escales i vai sentir per megafonia que demanaven un metge. Clar i el tren sortia al cap d'un minut. I... no van tornar a repetir el missatge. El van repetir dos vegades i el van deixar de fer. Pues això t'ho emportes. A vegades

penses...joder tio tic la responsabilitat de que si passa res pos jo he de respondre.
Pero bueno... No se, jo crec que si hem torna a passar hem ficaré nerviosa igual.

Creus que aquesta experiència et va marcar? La teva primera RCP?

Bueno... Marcar en el sentit... Bueno es una mica fribol però hem va agradar tenir-la.
O sigui en el sentit que no havia tingut mai un paro cardíac y menys per una de les causes de paro cardíac. O sigui de les 5 T saps? Llavors és com tot lo que estudies saps? Et diuen taponament cardíac, el pneumotòrax... Vull dir tot això que et diuen que sempre ho estudies i mai ho veus. dons ho veus realment i dius: osti pos si! Un taponament cardíac, pos hi ha paros cardíacs. Ja et fa com relacionar coses no? Que es real saps? Pues quan et vingui algú amb taponament pos has de tenir l'opció de... O sigui dintre de totes les opcions que té hi ha l'opció de que es pari. O sigui jo crec que sí hem va marcar en el sentit de què dius: ostia dons mira la teoria té sentit.

Quina opinió tens de que la família estigui present davant les tècniques de la RCP?

Jo crec que han d'estar fora. A no ser que siguin sanitaris. Jo crec que una persona que està vinculada sentimentalment amb la persona que està en risc la seva vida...No li fa cap bé veure si remonta o no remonta. O sigui veure el desencadenant ho acompanya tot.

No creus que tingui cap benefici? Ni pel professional ni per la família?

Pel professional jo crec que és pitjor. Perquè hi ha nervis i hi ha més gent pel mig, i has d'estar organitzat. I per la família jo crec que es un trauma. La veritat. O sigui jo m'ho imagino a nivell personal i... jo els faria fora de l'habitació. Si estigués en una planta d'hospitalització i algú s'hem para, jo els familiars els faria fora. Per mi i per ells. O sigui jo crec eh, que treballar amb les famílies, jo mai les faig fora de l'habitació faci el que faci. O sigui sempre dic: Li vai a fer això. Si es punxar eh, si es sondar ja és diferent, millor estar sols, perquè el destapes tot, per la intimitat del malalt. Pero les tècniques ho així sempre les faig davant de la família no tinc cap problema. De fet ho prefereixo. Pero...una RCP...jo crec que no es beneficios que hi hagi la família dins. O sigui pensa que hi ha molta gent en poc espai i...i ells tenen un vincle sentimental amb ells. Vull dir amb el familiar, vull dir que no...jo crec que ho passarien malament.

Has fet algun curs de formació sobre la RCP?

Sí. He fet dos suports vitals bàsics, i un suport vital immediat. Dos al hospital i un al máster. I bueno un cop quan vai acabar la carrera també el vai fer pero bueno...

I creus que aquests cursos de formació són de veritat efectius?

Sí, jo crec que sí. T'ajuden a tenir un esquema mental de com actuar. Perquè sinó partes de zero. I no saps si ventilar... O sigui tu tens una persona al carrer al terra et ficaras a fer-li el boca a boca? O dubtaras? Si es el teu pare li fas, però i si és algú del carrer? dubtaras. Pero si tu saps que les ventilacions realment no estan del tot cent per cent provades no et preocuparas de no fer-li. Llavors son coses que tu de base et pot semblar: cullons com pot ser que una persona estigui sense respirar o sense rebre gens d'oxigen? Pero bueno et pots treure la culpa de dir: Pos les guies diuen que les ventilacions potser es treuran en un futur. Llavors pos et preocupes menys. O de saber que s'ha d'avisar o sigui algú ha d'estar avisant o algú ha de portar el DEA si està a prop. Vull dir son coses que tens al cap esquematitzat, jo crec que una situació així potser de bones a primeres no et vindran totes l'únic que faras será ficar-te nervios i dir: que fai? que fai? Pero després no se...Tindrás no se...Et vindrà aquella imatge de les anelles, que sembla una tonteria pero jo la tinc, la imatge de les anelles al cap. Que no se, que no m'hi he trobat mai, però jo crec que sí que hem vindria al cap. De dir: vale pues si estic jo, que sóc la única que ho ser fer pos bueno...Jo crec que sí que serveixen per organitzar-te i tenir una idea del que has de fer. Al menys mínima.

I per últim, què recomanaries als futurs professionals de la infermera que es troben davant aquesta situació?

Que s'organitzin, ja que es algo molt important. O sigui que tinguin clar quin és el seu paper davant d'aquella situació i que ho diguin en alt. Es algo molt important que si tu fas algo que ho diguis. Pos dir: jo hem fico aquí, jo faig compressions o jo hem fico a via aèria o jo hem fico a medicació, o vaig a buscar el DEA. O sigui que la informació es dongui. que hi hagi comunicació, y que hi hagi organització.

Y referent als sentiments i els nervis?

Es que és complicat en aquestes situacions eh. O sigui jo crec que s'ha de posar el cap fred i fer el que has de fer i ja està. No pensar-ho. Perquè si tens davant a un familiar, que et ficaras a plorar? O a cridar? Pos no. O sigui jo crec que s'ha de treure la racionalitat que tenim. Quan s'ha identificar que el pacient està parat, per no passar-ho malament s'ha de ser com un robot. O sigui fer-ho tot mecànic. En aquests casos jo crec que has de fer això. No sé, és la meva opinió. Jo potser sóc una mica esquematitzada i perquè no m'he trobat amb cap cas que hem toqui la moral saps? Pero si se m'hagués parat algú a la planta inesperadament de malalts que jo conec, potser ho hagués passat pitjor i hagués estat encara més desorganitzat. Perquè allí no hi ha els metges a mà. Allí no hi ha el material a mà. És molt antic tot. Perquè els

carros de paros son molt antics. El pacient está en un llit on la RCP no hagués estat efectiva, ja que son els matalassos aquells més dobles. O sigui tot es complica doncs jo crec que els nervis van augmentant. Els teus i els de tots. O sigui s'encomanen un munt. Si a tu et parlen malament i et diuen: Per què cony heu tirat això? Doncs jo li vaig contestar i li vaig dir: ens has dit que no ho tiressim? Ho hem tirat perquè no ho sabíem, té una nova xeringa. Pos ella hem parla malament, jo li parlo malament. Clar i estem alli doncs cinc o sis persones alli dintre... No se jo crec que hem d'actuar... Es frivolitzar la situació, pero hem d'actuar com a màquines. Jo crec. Y després quan entra la familia... Clar naltros perquè no els coneixem, que tenim aquesta sort a urgències. Pero bueno, respectar-los. Jo crec que els hauries de tractar com t'agradaria que et tractessin a tu. Peque som persones. No posar presses, deixar a la persona d'una forma decent, si es more eh. I si remonta pos mira explicar que ha passat, el que li has fet i com está ara. Pero si es more s'ha de respectar, crec jo.

ENTREVISTA E2

¿Cómo fue tu primera experiencia ante la RCP? ¿Te acuerdas que sucedió?

¿Qué pasó?

Pues... Yo creo que... No sé si fue la primera, pero fue la que más me impactó. Que fue... un paro en pediatría. En urgencias de pediatría. En... en verano. Con estos inmigrantes que vienen de Francia en coche, y bajan hacia Marruecos. Y... bueno, fue un niño que lo entró una doctora desde la puerta principal del hospital, y lo entró hipotónico, bueno lo llevaba en brazos y el niño estaba hipotónico. Y lo entramos al box... bueno a la camilla que teníamos, porque antes no había box, era una camilla así de paros. Y fue el paro que más me impactó y el que he recordado más durante todos estos años. Pos mira... yo había terminado la carrera en el 2003-2004 y fue el primer paro que viví y el que más me ha impactado, tanto a nivel emocional como a nivel profesional.

¿Qué sentiste? ¿Qué emociones te generó vivir esa situación?

Pues me impactó muchísimo. Porque ver un niño... los niños estamos más acostumbrados a verlos sanos, y... más activos. Y cuando vi pasar a la doctora corriendo con el niño así hipotónico pues, pues fue un impacto. Para todo el mundo fue un impacto, para mis compañeras, y fue como que todo el mundo se... todo el mundo...se compenetró muy bien. En el paro este. No hubo mucho descontrol que suele pasar en los paros. Que si tal, que si cual. En este yo lo viví como un paro muy coordinado. Eh... Porque en pediatría suelen estar las cosas así muy coordinadas.

Había un buen líder. Y aunque bajo anestesia porque no se pudo poner una vía periférica al niño, y... estaba así muy rollizo. Y todo esto... la verdad es que lo viví (...)
Como... Lo viví profesionalmente como algo... como un éxito. Por decirte, porque ¡ostras! ¿No? Un paro que lo intubamos que no se qué, y hay la parte esta de la adrenalina que dices: ¡ostras que guay! ¿No? Le vamos a preparar esta medicación, como son microgramos no se qué, hacer la cuenta, que no me llega que la recuento que no se qué. Pudimos intubar, se pudo poner una vía, que luego con el masaje se salió. Y... anestesia vino puso una central y todo esto. O sea que vi muchas cosas en un momento... Pero después cuando... cuando las maniobras se pararon fue un buf... ¿No? Porque ver a la madre como acunaba a su hijo, como... como le cantaba y como se despedía... y permitir todo esto, en mí, que era yo un profesional recién llegado aquí en el servicio de urgencias y recién llegada a la profesión, y sin ser madre, fue... a mí me impactó mucho, muchísimo.

¿Estos fueron los sentimientos que te generaron después o en el momento?

Después i en el mismo momento, porque todo esto duró lo que duró. Pero claro todo fue en mi turno. Y claro... y ver después como teníamos que retirarle los catéteres y teníamos que dejar al niño, pues preparar al niño para la autopsia... para lo que fuera. Al niño no se qué le pasó, pero yo creo que ya llegó muerto. Pero vamos hubo muchas especulaciones y al final no sé como quedó, pero... especulaciones hubo muchas. Pero el niño se murió, el niño se murió... Y a mí me impactó mucho porque es como si aún lo pudiese oír ahora, la mamá cantándole en brazos. Que lo cogió en brazos y cantándole: ay mi niño, ay mi niño. Y dándole besos. Eso me impacto muchísimo, más que el momento de las técnicas, que puedes disfrutar más o menos en hacerlas. O...claro, si es exitoso, si...si el niño sale adelante o la persona sale adelante es como que el esfuerzo ha valido la pena. Pero si no... A parte del sentimiento de frustración, que te puedes sentir... es como una frustración... en parte es éxito también, porque te sientes como: ¡ostras! En pediatría tampoco es tan común intubar ¿no? Y ostras, has ayudado a la intubación, has canalizado una vía, todo esto son cosas que... que te hacen sentir bien y al mismo momento te sientes mal por sentirte bien. Y te sientes mal porque ves a una mamá llorar porque su hijo, su bebé ha fallecido. Y eso no es lo natural, eso no es lo que toca. ¿Sabes? Entonces no tienes una palabra de consuelo para esa mamá que se le acaba de morir su hijo. Y tú, te sientes super pequeñita porque dices: yo no estoy preparada para... yo quien soy para darle a esta mujer consuelo. Que yo no soy madre, ni soy una enfermera experta, ni soy nada. Soy un moco que acaba de aterrizar de... de... de terminar la carrera. Y me sentí pues... pues eso, me sentí mal, me sentí... desnuda ante eso.

Y esas emociones negativas que te surgieron en ese momento ¿supiste cómo gestionarlas?

Estas emociones las hablamos en... con las compañeras. Porque yo creo que, entre todas, como todas hemos vivido ese momento, esa situación, cada una la ha vivido a su manera. Pero después, sabíamos las que fumábamos y las que no también, pos salimos al túnel de las ambulancias, que salíamos, y en ese cigarro, que era un cigarro más terapéutico que otra cosa... Pos allí pudimos llorar... y allí pudimos (...) pos pudimos expresar un poco... que todas estábamos igual. No hacía falta hablar demasiado. Pero son cosas que te impactan. Son momentos duros. O sea... muy duros. Y cuando eres madre piensas: pues madre mía...

¿Crees que esas emociones, a la hora de hacer la RCP te impidieron o te interfirieron?

No, porque en ese momento es como un paréntesis. Yo lo he notado muchas veces en el momento que hay un paro, que hay un no sé qué. Es como que te concentras, te encierras ahí, y te concentras a lo que tienes que ir, a la secuencia de la RCP, a las adrenalinas, al minuto, al no sé qué, al no sé cuánto, y vas como tan guiado y tan pautado, porque vas concentrado. Yo creo que también el líder influye mucho, si tienes un buen líder y... y todo vais a la una, como suele ser... o cómo debería ser en una RCP. Pero yo en muchos de los momentos así, críticos, me concentro. Y no miro al niño como algo afectivo, sino lo que miro... pues eso, miro la respiración que sea como tiene que ser... y miro la cardíaca que no sé que, no sé cuántos... y busco la vena que no sé que. No, no sé... me sé aislar, me sé aislar de las emociones, y no... y no... no siento, ni miro, ni hay niño, ni hay mamá, ni hay nada. Hay un cuerpo allí que es el que luchamos entre todos para intentar que... que... es como que no te permites sentir, porque si sientes y dices: hay pobrecillo, lo que debe pasar, hay que no sé qué. Entonces, yo creo que sí te podrían influenciar, pero eso en la experiencia, en los años, lo vas aprendiendo más. Te, te tienes que aislar, te aíslas y trabajas. Y miras y haces, e intubas y pones vías y haces no sé que y no sé cuántos. Después te da el bajón. Después cuando ves a la mamá... besar al niño, cuando la ves cantar la nana... o cuando ves a la señora, que ha fallecido su marido y la ves despedirse, le ves dar un beso... Allí tu también te derrumbas porque tú también te pones en la... empatizas con la persona y te pones en su situación. Entonces allí sí que puedes derrumbarte, en el momento que acompañas a la familia, pero en el momento de la RCP... no.

¿Y qué crees que es lo más difícil de toda esa situación? De todo lo que engloba la RCP, tanto sentimientos como maniobras ¿Qué crees que es lo más difícil de todo?

Lo más difícil, yo creo que es estar con la familia. Porque, aunque parece fácil, es lo más difícil. Porque, aunque a veces te dicen: no tienes porqué decir nada, solo tienes que estar. Pero tienes que estar. Y tú tienes que superar tus barreras para estar. Porque hay veces eh...habrá fallecido un chico joven, el cual tiene tu edad, y dices: ¡ostras! ¡Que este tío es más joven que yo! Habrá fallecido un niño, que tú también eres madre, y tú tienes que superar tus barreras de decir: yo soy madre y mi hijo podría estar ahí o ¡ostras! Esa podría ser yo, o ese podría ser mi padre. Entonces tú tienes que superar tus barreras personales y saber empatizar y saber estar. Y no es fácil estar. Aunque digas que solo hace falta que estés... Pero no es fácil estar...No nos entrenan para estar.

¿Crees que los profesionales sanitarios necesitan alguna formación específica para gestionar sus emociones?

Sí. Sí que lo creo.

¿Y has aprendido algunas técnicas o te han enseñado algunas técnicas para gestionar las emociones?

No. Bueno hice una vez un curso... Hay cursos de formación continuada que... que... que era para gestionar las emociones en situaciones de crisis creo o algo así. Pero la verdad que no... no... bueno en ese momento si que te sirven, pero... a día de hoy no los aplico.

¿Cómo fueron tus siguientes experiencias con la RCP?

Pues mas o menos... claro no me impactaron tanto como esa. Que es mi primera vez... que además era un niño... era un lactante...Yo ya claro, te vas curtiendo, a medida que pasan los años es como que... Bueno vas desarrollando tus habilidades para poder sobrevivir. Emocionalmente hablando más que de técnicas hablando, porque de técnicas tampoco...Bueno pues técnicas se te dará mejor o se te dará peor pero emocionalmente es lo que nadie te prepara. Y debes tú, pues ir así un poco...a ver por donde... capeando lo que puedas, y haber por donde puedes irte moviendo, para poder sobrevivir. Pero hay días que te afectan más que otros, y hay situaciones que te afectan más que otras. Pero más o menos todos los paros, cierto es que te desnaturalizas un poco, sobre todo cuando...cuando llevas ya... cuando estas así un poco quemado y dices: pos bueno, se tenía que morir y se ha muerto. Y ya está. Y no

pasa re. Y ya está. Pero bueno... la gente mayor, pues la gente mayor que son muertes esperadas y todo esto...Sabes acompañar mejor, a la familia. La familia se deja también acompañar mejor, que cuando son muertes no esperadas, y cuando son cosas así... pues...es mucho más complicado. Seguro que no estamos preparados nadie para... para... acompañar una muerte así. Pero... tampoco nos han formado para hacerlo.

¿Qué opinas de la presencia de los familiares en la RCP?

Pues yo en esto soy un poco antigua. Y a mí no me gustaría ver como reaniman a mi padre o a mi madre, o a mi hermana, o a mi marido. Entonces yo creo que...yo preferiría no estar y preferiría que no estén.

¿Crees que no tiene ningún tipo de beneficio ni para la familia ni los profesionales?

Yo creo que no, porque qué beneficio puede tener ver cómo le machacan el tórax a tu padre. ¿Darte cuenta de que se está muriendo? ¿Qué se te queden a ti esas imágenes en la cabeza repitiéndote por las noches? ¿No? Yo tengo una imagen de cuando a mi padre lo metieron en quirófano y el ¡clok!, de cuando le pusieron en prono, que lo pusieron en prono allí en la camilla esta dura del transfer. Y se oyó el ¡clok! Y a mí eso se me ha quedado aquí. Y fue nada, o sea, lo operaron de la espalda y tal. Entonces yo... son como unas técnicas agresivas, porque claro, puedes romper costillas en la RCP...son técnicas agresivas entre comillas, que no todo el mundo... Claro esto no es ir hacer una analítica...es hacer una RCP. Entonces yo... yo...ya sé que probablemente no es lo que todo mundo dice...pero yo creo que... o sea... con el mundo no me refiero al profesional, sino a lo que las guías dicen ahora...que tal y que cual. Pero yo, como mi experiencia...no me parece bien. Ni que esté la familia, ni que... porque yo no estaría...como usuaria no estaría...Y no me gustaría tener una familia allí viendo como se hace la RCP. No me gustaría... porque muchas veces el líder, sabe ser líder, y muchas veces no. Y te chillán. Y te dicen: que venga tu compañera. Y te dicen cosas que igual la otra persona puede malinterpretar o se pueda tal. Y no... y no...no. No me parece que sea necesario. Para qué... para hacer el duelo o para lo que sea... no me parece necesario.

¿Has realizado algún curso de formación sobre la RCP?

Sí. Aquí en el hospital.

¿Y de qué manera, real, te ayudado ese curso? ¿Se ajusta a la realidad?

Sí. Hemos hecho cursos de pediatría, que incluían la RCP pediátrica, tanto lactante, como pediátrica. Y luego hemos hecho cursos de...RCP dentro del curso de urgencias que también es muy importante en la actualización de cada año del curso de urgencias. Y después los cursos de RCP básicos, así... los puros, los de RCP puros. Y yo creo que sí que sirven mucho y son muy necesarios... y deberían ser obligatorios hacerlos. Al menos una vez al año.

¿No son obligatorios?

Bueno... ¿así como obligatorios obligatorios de verdad? Yo creo que no. Son como muy recomendados. Pero, así como obligatorios... yo creo que no. Y yo los veo muy necesarios porque las guías van cambiando, como todo. Y claro, y tú debes estar actualizada. Y coger la dinámica del paro, es muy importante, e igual que la del... bueno como todas... como todas las guías estas que hay que estar muy actualizado, y hay que estar muy (...) muy pendiente de los cambios y todo porque claro...estamos tratando con vidas de personas... y tenemos que ser conscientes que... bueno pues que, si uno del equipo falla, todo el equipo falla. Por mucho que el líder sepa mandar mucho y sepa organizar y sepa... cuando van las adrenalinas y la amiodarona y cuando se tiene que poner esto, y cuando se tiene que poner lo otro. Si tu que formas parte del equipo no sabes donde estás, o no sabes lo que te toca hacer...vas a (...) vas a (...)vas a llevar al equipo a (...) a la desorganización y al caos.

Bueno y por último ¿Qué recomendarías a los futuros profesionales de enfermería si se encontraran en esta situación? ¿En una RCP? ¿Qué les recomendarías?

Pos... Es que yo recomendar...pff...Yo no tanto por técnicas, porque las técnicas se aprenden y porque...la habilidad la tienes o no la tienes, y sino a través de los años la irás cogiendo...Yo creo que me centraría más en la parte emocional. Porque a veces ves fallecer a un... a un... a un abuelo... a una persona mayor y dices: ¡bah! ¿Una persona mayor? A ver todo el mundo nacemos, crecemos y no tenemos que morir. Pero...luego si tu esto no lo hablas, o no lo trabajas, o no lo... o no lo comentas con alguien, eso se te queda ahí ¿sabes? Y siempre te queda ahí como algo, como aquel abuelito pobrecito que se ha muerto que no se qué... y si a lo mejor hubiese hecho... y si a lo mejor hubiésemos podido darle unas medidas de confort... o... Y si la abuelita la hubiésemos dejado pasar antes para que se despidiera de él... Y si se hubiese no sé ¿sabes? Entonces, pues no sé, yo creo que lo emocional, hay que trabajarlo que es muy importante. Que no hay que olvidarse de que, aparte de saber poner muchas vías

y... y la adrenalina está en el momento de la RCP... y si sales victorioso genial. Pero sino también. Yo creo que hay que prepararse emocionalmente para... para saber acompañar. Y para saber... Eso te hace crecer también como persona y como profesional.

Hay veces que nos forman para las técnicas, pero no para afrontar según qué cosas.

Es que nunca estás preparado. Y nunca lo vas a estar. Pero claro si tu tienes herramientas si tu dices: ¡ostras! Voy a probar esto que me dijeron a ver si es verdad ¿No? Pos claro, primero tienes que superar tus rollos, tus barreras para poder ayudar. Pero...cierto es que los psicólogos que están en todos los grupos estos de...de...de apoyo... a las víctimas y todo eso. Pos tienen muchas armas, y tienen... muchas... o sea te enseñan mucho a...a cómo afrontar todas estas cosas...tienes que hacer un trabajo personal importante. Para poder gestionar las emociones. Porque va haber muchos paros, si eres enfermera de urgencias, y sino también. La gente se para en todos lados. Entonces es importante que tu emocionalmente estés preparada. Porque las técnicas las irás aprendiendo, y claro lo otro también. Pero tienes que prepararte y eso no te lo enseña nadie, ni te lo dice nadie. Y eso es tan importante, para mí, es tan importante lo emocional como las técnicas. Es...es...yo para mi sí. Porque la familia...no le va servir de nada que seas la mejor enfermera del mundo poniendo vías o... o haciendo la secuencia de la RCP perfectamente si después... no tienes ni un ápice de... de compasión o de empatía o de... o de miramientos de dejarle despedirse antes de bajarlo a la morgue, o de... no sé. De dejarle poner un anillo que para él era significativo o... esperar al hijo que viene de Barcelona y tardará una hora. Para ti no te va suponer nada, te va suponer pelearte con el médico, con el celador o con no se quién. Pero para la familia es el recuerdo que le queda toda la vida. Entonces esto para mi es lo más importante. ¿La recomendación que daría? Pues tener en cuenta todo esto y formar un poco más en las emociones, para poder... para poder dar. Para poder acompañar.

Pues muchas gracias por acceder a realizar la entrevista.

Muy bien, pues de nada.

ENTREVISTA E3

¿Cómo fue tu primera experiencia ante la RCP?

Bueno... fue en planta fue en el turno de noche y una señora mayor fue la hora de las 6 de la mañana para ponerle la nebulización entonces estaba parada en ese momento no había familia, entonces el protocolo de plantas, pues eso yo ni lo sabía llevaba super poco tiempo, no se me había parado nadie, y ahora sí que sé qué es eso: que se tiene que llamar UCI, porque hay un equipo específico para eso en todo el hospital, que llevan un busca, pero es que no era consciente de nada. Entonces poco a poco con el tiempo, con los otros paros que he visto, pues poco a poco vas viendo y vas entendiendo toda la función de la enfermera en este momento.

¿Qué sentistes ante esa situación?

Nervios, inseguridad. ¿ahora qué va a pasar? ¿que tenemos que hacer?, en ese momento sube la UCI y te preguntan, (porque entre que llamas a Interna y llamas UCI, viene, no vienen... Un médico te manda, el otro también, está todo el mundo allí (uffff)). Está la habitación doble, el otro paciente escuchándolo todo, bueno un caos. En planta fue caos. Porque es eso, luego aparte que te van diciendo, venga quién (no sé), uno estaba poniendo una vía, la otra llevaba la otra vía que no funcionaba, cosa que allí, no había reloj en la habitación, no eras consciente a qué hora le habías puesto la adrenalina.

Entonces el médico de UCI en seco te decía: ¡Hombre! pero esta señora es muy mayor, no será paliativa, y tú dices mmm, pues hombre no lo sé. sí eran cosas que no sabía responder.

¿Qué sentistes después, ya con la calma, cuando ya había pasado...?

Que había muchas cosas que mejorar, que había muchas cosas, lo primero (cuándo entonces ya), te das cuenta que no estás preparada porque no es una situación habitual de cada día, entonces paras y dices a ver este carro que estoy revisando una vez al mes (si te toca, porque se revisa de noche y no se revisa... no sé, va por turnos), entre que al principio iba un día en una planta otro día en otra, pues entonces no era muy consciente de donde estaban las cosas.

Nada pues lo primero es, pues al paciente en teoría en planta le tienes que poner una tabla dura porque sino las comprensiones no son efectivas, pues eso en ningún momento se pensó.

En ese momento, (Aumenta la voz), eh hh un paro, corre el carro, corre llama, ¿llama a quién?, y eso empiezas a hacerlo, luego (uff), poco a poco pues ves que hay

mucho que mejorar ...y al bajar aquí a urgencias te das cuenta qué contra más lo práctica, va a mejor. Y el conocerte con las compañeras, con los médicos, eso también ayuda mucho

¿Supistes gestionar esas emociones que te surgieron?

Yo creo que yo desde fuera yo creo que me quedé como en shock. (yo creo que sí), y en el momento es que no, no me acuerdo bien bien, lo que (...) o sea, ya cuando llegó la UCI, y vi que estaban tan preparadas, y que ellos con calma, con (...) lo supieron llevar todo mucho mejor, dices ¡jjo!: esto no está... o sea, no estoy a la altura.

¿Y crees que esas emociones que sentiste durante la RCP intercedieron en tus actos, de esa situación?

A ver a ti te explican, ¿no?, lo típico: muñequito pues tal, 30:2, la teoría es muy fácil, pero en ese momento, tú piensas madre mía, lo estaré haciendo bien... no lo estaré haciendo bien, no está el médico qué hago me espero, no me espero, le pongo oxígeno, (uff), es que, le miro... Claro lo primero en paro, pues yo cogí lo de la tensión y ¿pa` qué? (risa), ¿para qué?... El carro, vale, el carro, porque con la tensión qué consigo, nada, no sé, en esos momentos es que no piensas.

Lo que piensas es estar con la señora, intentar hacer lo mejor que puedas... pero uff, en planta (...) yo la experiencia no fue buena. Y luego es eso lo intentas, pero no, no, no tuvo éxito, no sobrevivió a la señora, tampoco sabíamos el rato que había pasado, porque pasamos a las 12 y pico (...) la ronda de antibióticos tal, ¿sabes?, hasta las 6, le tocaba las pipetas, tampoco sabíamos el rato que llevaba...la señora.

¿Y qué crees que fue lo más difícil de esa situación, lo más...?

Yo en ese momento, pues gestión (...) o sea saber qué función teníamos cada una, porque una te decía no, yo te ayudo, no yo, no sé cuántos... no (...)Vale. Aquí yo lo he visto eso... Aquí abajo no es: vale viene un paro, lo primero que haces, te miras a una compañera, vale, tú vía aérea, vale, yo ...yo medicación, y tú controlamos el tiempo. Entonces ya está, entonces tú estás tranquila porque vía aérea lo lleva ella, la medicación lo llevas tú, y encima tienes a otra persona que está de soporte diciéndote 3 minutos toca adrenalina...tal, tal...yo creo que eso...en una RCP, la organización y la comunicación es... fundamental... dónde está el éxito, la verdad.

¿Crees que los profesionales sanitarios necesitan una formación específica para gestionar sus emociones... más ante estas situaciones?

Ufff... yo creo, a ver... sí... pero es muy difícil de saber enseñar, ¿sabes lo que te quiero decir?, yo creo que hasta que no lo vivimos, y por desgracia te lo llevas a casa, sobre todo las primeras veces, la primera vez que se te muere alguien, la primera vez... (respiración profunda) ... todo eso, te lo llevas, te lo llevas, entonces al final dices, bueno yo soy igual que la otra chica, somos las dos enfermeras, poco a poco, lo iremos haciendo mejor, y a veces no es que lo hagas mejor, si no es que son... es ley de vida.. Es difícil, yo creo que enseñarlo, es que (...)tú misma saberlo gestionar.

Yo creo que es difícil que alguien te lo enseñe si no has vivido nada, por...por mucho que te lo expliquen, un paro, eso... tú miras el libro lo de la RCP normal, de cualquier curso, pues vale, te dice la teoría, te dice: de 6 a 7 cm las compresiones, no sé cuánto... pero luego uff, cuando lo haces.. y no es lo mismo hacerlo en un muñeco, que hacerlo. en una persona.

¿Tú has aprendido alguna técnica para gestionarlo?

Yooo, uff... bueno. yo durante, a ver ...a mí el tema de urgencias, y el tema pues todo, yo creo que urgencias, RCP, todo esto pues va un poco relacionado. A ver, pacientes así más críticos, ya me gustaban, y yo creo que, al acabar la carrera, no estás preparada ni a nivel médico ni a nivel psicológico. Entonces, pues yo decidí meterme en el Máster de urgencias, y ahí sí que hay una parte que es también de ética, de gestión de las emociones porque también te hace el tema del SEM. y ahí también estás muy sola (respiración profunda), pero es difícil, yo por ejemplo el tema del SEM, yo creo que no está pagado con nada, meterte en cada... en una casa, tú sola, con un técnico, te encuentras...

¿Van solas las enfermeras con los técnicos?

Hay ambulancias que sí que íbamos con el médico y el técnico, y... "La India" se llama, va solo enfermería y técnico y...

¿Y te puedes encontrar en situaciones...sola?

Claro, yo las prácticas las hice en Barcelona, y....desde una hipoglucemia, pero desde cosas de... pues mmm... yo qué sé... pacientes psiquiátricos, no sabes qué te vas a encontrar...

¿Sigues utilizando alguna de estas técnicas, qué aprendiste... me has dicho en el Máster de urgencias, a día de hoy la sigues aplicando?

Bueno... intentas controlar los nervios y (...) porque eso ya sabes, que, si tú estás más tranquila, pues acertarás la vía, controlarás... o sea que como los nervios, están más relacionados con esos momentos de caos, y es que es más eso controlar los nervios.

¿Cómo fueron tus siguientes experiencias de la RCP?

Pues al bajar a urgencias, vi que... arriba era un caos, fue cuando te das cuenta, y dices dios mío, cómo se nota que la gente que no está habituada a este tipo de situaciones, no las controlas. Y yo abajo al principio, cuándo había críticos que no te ponen, pues a mí me dijo la supervisora, ahora cuando haya un crítico tú te pones en la pared y escuchas... o sea, bueno escuchas, tú miras y ves el rol de cada una.

Y es eso, es que hay... depende de con quién trabajas, que no hace falta ni decir lo que te he dicho...en plan de...yo vía aérea (...) yo ta l(...) ya te miras y ya sabes. Yo creo que eso es lo mejor, es que... y eso también lo vi más cuando fui a las prácticas (...) con el tema de las ambulancias.

Yo viví un paro... a un señor que se (...) bueno era una disnea, decidieron bajarlo por las escaleras porque no había ascensor y en medio de las escaleras se nos paro, y entonces eso, o sea la ambulancia, pequeños...mmm... solo de haber un médico, la enfermera y un técnico, pero los tres sabían cuál era... no hacía falta...es que... nadie dijera nada, ya sabían lo que tenían que hacer, como que lo tenían todo con... un protocolo y lo siguen tal cual, no es como aquí que depende de qué médico te dice: pues primero ponle o primero hazle tal... Hasta los técnicos te cargaban la meditación, porque claro la enfermera va poniendo la vía, entonces es el técnico que va preparando las cosas al médico si lo quiere entubar, y es eso, y en la ambulancia lo entubaron...y recuperó la parada ese señor.

Yo creo que es... del paro... que yo a lo mejor hubiera pensado que no saldría porque es eso, que entre que se paró las escaleras hasta que llegas abajo, hasta que lo subes a la ambulancia... y salió, salió.

Y otro por ejemplo dices no, en el SEM, estamos en el hospital, tenemos todo y... y somos 50 mil, y es más caos y no, no sale.

¿Cuál crees que ha sido tu experiencia qué te ha marcado más?

Bueno lo que te he comentado antes, pero no fue el paro, fue el momento de que yo con poca experiencia, sentirme sola en una planta, con paciente que se pusiera mal. Fue en invierno y yo estaba con una auxiliar y llevábamos, pues eso... 10 pacientes y era un domingo por la tarde y era un paciente, una hemorragia digestiva, el paciente

en teoría estaba estable y se iba a ir de alta al día siguiente el lunes. Y todo normal y señor llevaba allí dos semanas ya nos conocía a todas de maravilla, se fue la familia, y justo se va la familia y empieza a vomitar sangre, pero... yo me asusté muchísimo, la auxiliar también se asustó.

Entonces, claro en ese momento yo estaba sola, intentamos contactar con digestivo, y digestivo los domingos por la tarde ya no están en el hospital. Fuimos a buscar el carro a la puerta... a la otra planta, porque en esta planta no había ni carro. uff... fue un momento de... encima viendo al paciente... o sea... te conoce...uff... ves que se está poniendo mal ..las tensiones 6/3, que no podía ni ponerle otra vía, o sea... que entre que llega interna, no llega interna... luego vino UCI, claro ellos te dicen, nooo, pide ayuda estás tú sola, y yo... pero es que si voy a pedir ayuda, no puedo hacer, lo que estoy haciendo ahora, estábamos solas, solas, la auxiliar y yo y aparte los 10 pacientes más, entre que se llaman al timbre, no sé qué (...) fue ese (...) el peor momento.. fue... ahí me sentí muy muy sola, y me di cuenta de que por mucho que digan: no es que cuando abran la quinta B se pone gente nueva. Y en teoría son pacientes estables, ese señor estuvo en la UCI un montón de tiempo, y luego lo volví a ver al cabo del tiempo en la tercera, y me dijo "...encara me'n recuerdo de tu..."si, si después ya bien, pero hasta recuerdo, y me dijo tal cual, esos 100% cuando me vio, me dijo: ".. me asusté más cuando vi tu cara, qué de ver toda la sangre que estaba ahí...". porque es que soy muy expresiva y.... cuando vi todas las palanganas de sangre, porque me vino la auxiliar diciéndome que lleva tres palanganas y no para... y yo digo cómo que no....y eran coágulos y coágulos y coágulos... y entonces uff... fatal...

Esa sensación de no poder controlar, de estar sola, encima de tener tú que llamar...que, que pinchar... que poner una nasogástrica... qué pruebas cruzadas que no sé qué... ¿cómo lo hago? Y, claro llama la supervisora de guardia, sí, pero estaba ella sola en todo el hospital. Que te manden a alguien, si, pero tu avisa a la supervisora, la supervisora que encuentre a alguien. Y me acuerdo de la enfermera perfectamente que subió también, cuando la vi fue en plan de (uff) gracias qué estás aquí.

Luego ya subió la UCI y ya se lo llevaron, y ya lo acompañó a la UCI, y es eso, entonces ahí, tú como que también tienes el vínculo, también tienes la.... piensas en la familia, en plan se acaba de ir, yo les he dicho que se vayan tranquilos, que tal, que...no han llegado ni a casa, y ahora les llamarán, les dirán que su familiar está en la UCI, entonces te sientes como... culpable. Entonces yo por eso, desde ahí, yo digo que no invito a nadie a irse (pequeña risa), no, no porque es eso que... nunca sabes lo

que va a pasar, por mucho que ese señor llevaba dos semanas y ya se iba y mira... lo que pasó

¿Qué opinas acerca de la presencia de las familias en la RCP?

Yo creo que esos momentos son... traumáticos, porque normalmente no vas muy bien y yo creo que... debe ser muy triste, y muy duro para la familia quedarte con esa imagen.

Y a mí me pasó, antes de acabar la carrera y mi abuela estuvo en la UCI, le un ictus, una hemorragia, y es. eso pues no controlas nada, o sea cuando estás estudiando, y cuándo... aunque... cuándo acabas, si no te has metido en la UCI no controlas.

Y yo tengo la imagen de mi abuela allí, de venir el médico y decirnos no es que ahora está viva gracias a las máquinas, ¿queréis dar los órganos?, y en este momento, yo tengo la imagen de mi abuela y decir ¿cómo puedes decirnos esto si está respirando?, llevaba el encefalograma, llevaba todo ¿no?, y yo creo ese es un momento (uff).. son muy... te quedas con eso... Y (uff) encima caos, ves a todo el mundo (respiración profunda), no entiendes que están haciendo, no entiendes que pasa, y normalmente RCP si vas a por todas es para.... son pacientes que estaban sanos, no es paciente paliativo, que la familia está preparada.

Entonces yo creo que no favorece, para nosotros, para nivel profesional no nos ayuda, porque yo creo que todavía te presionan más porque entonces te preguntan ¿qué pasa?, ¿por qué corréis?,(eemm)... ¿se va a poner bien?, ¿lo vais a curar?, entonces todavía te pone más presión.

Y yo creo que, a nivel familiar, tampoco favorece, porque te quedas con la imagen de estos últimos 5 minutos y te quedas ¿habrá sufrido?, ¿se estaba ahogando?, ¿le habrán hecho daño?, le han pinchado un montón (...) yo creo que nooo, esas cosas no hace falta...

¿Has realizado algún curso de formación de RCP?

Con el Máster nos obligaron a sacarnos "el Suport Vital Basico", luego el avanzado y en pedí lo que pasa que no hay, no sé por qué, no está reglado, no hay ningún título, así como hay del básico o del avanzado. Y creo que en el hospital te obligan a (...) al menos al estar en urgencias, cada X tiempo lo van haciendo el curso este y (...) cómo que te invitan a que lo tengas...

¿Te invitan, pero no es obligatorio?

Sí en plan (...), te recuerdan, hay este curso, claro no es lo mismo hacer un curso (...) de cualquier otra cosa, que hacer un curso de..de RCP, y más estando en urgencias,

y lo hice igualmente ¡eh!, porque... tenía que empezar, no es lo mismo a lo mejor, dices bueno pues allí en Barcelona en el Máster nos explicaron de esta manera, pero a lo mejor aquí, puedo sacar una experiencia o algo en la vivencia qué puedo aprender, y lo dice igualmente, lo que pasa es que creo que te caduca, estos, estos cursos creo que caducan y lo tienes que ir renovando, pero la verdad que ahora no me acuerdo, no sé cada cuánto.

¿De qué manera te ha influido ese curso en la RCP real? Es decir, ¿lo que te enseñaron en el curso se ajusta a la realidad?

Me ha ayudado a nivel de la teoría, a nivel de los pasos que hay que seguir y (...) porque cuando estudias la carrera, estudias todas las asignaturas a la vez, (...), esta parte pues se estudia como cualquier otra, y yo creo que si haces el curso específico, te dan más detalles y cómo que se remarca pues eso, los tiempos en los niños, primero ventilar, la diferencia que hay entre los adultos y los niños, yo creo que está todo mucho más esquematizado (respiración profunda) (...).

Pero bueno, que a mí se me paró un niño y (uuuf), me cago....

Por lo tanto, si se ajusta, porque te remarca toda la teoría, y te queda todo mucho más claro y más esquematizado, pero aún así la realidad, el día que sí me viene un niño parado, por mucho curso que haya hecho (...) (...). Además, viene la madre, viene el (pufff, buenooo). Es que yo pediatría (...) (...), yo los niños sanos.

¿Qué le recomendarías a los futuros profesionales de enfermería si se encontrarán ante esta situación, de un paro?

Primero que se formen, pero yo creo que enfermería es una profesión que nos tenemos que estar formando todos de manera continua, porque siempre hay algo nuevo..., algo que ha cambiado, y, por ejemplo, ahora aquí en urgencias, todo se pone, todo te lo pautan por escrito, no es lo mismo que en planta, que te lo pone el programa informático, que se programa informático lo pone una farmacéutica, entonces aquí hay residentes 1, 2, y tienes que estar tu mirando lo que te pauta y ya si es más una situación crítica, que a lo mejor te dicen ponle, ponle(...), de que tú al menos tengas la teoría y decir ¡eh, esto no me suena!, ¿seguro que esto es así?.

Y luego a nivel de emociones pues intentar, (...) si ves que no estás preparado para esa situación, es mejor apartarte, decir a los compañeros: oye entra tu, quiero ver cómo lo haces, y la próxima vez yo lo intento, o a lo mejor estás acostumbrado y ese día, pues te bloqueas y no puedes actuar. Entonces por eso, la suerte de estar en urgencias es que somos muchas, y yo creo que trabajar en equipo tanto en RCP, como en urgencias, es fundamental, es básico, o sea, si no hay un equipo, tanto entre

enfermeras como enfermeras y médicos, como... o sea todo, cada uno tiene su función y yo creo que sí un médico sin nosotras no, no son nada y nosotras sin auxiliar tampoco, y es una cadena.

ENTREVISTA E4

¿Cómo fue tu primera experiencia ante la RCP?

Mi primera experiencia ante una RCP fue en planta, porque yo antes de estar en urgencias pues, he estado bastante en planta, y entonces pues podría ser en el servicio de Medicina Interna, dónde pues (ehh), en el turno nocturno también algún abuelito o alguna persona, pues ha hecho una parada cardíaca, y hemos tenido que ir con el carro paros a la habitación, abrir el sellado del carro de paros, (eehh), iniciar todo el proceso asistencial.

Entonces hemos tenido que llamar, pues, a los médicos que habían allí, en ese momento, llamarlos a la habitación los que estaban de guardia, y entonces iniciar todo el proceso asistencial.

¿Qué sentiste antes esa situación?

Bueno pues, es una situación muy compleja y una situación de estrés para todo el equipo,(eh) muy intenso, en el cual tienes que coordinarte muy bien con todo el equipo, las auxiliares, los médicos, tus propias compañeras enfermeras también, que aunque no lleven esa habitación, siempre van todos a acudir para echarte una mano, entonces es una situación de estrés muy fuerte en el que sientes pues, (mmm), bueno todo lo que comporta estrés ¿no?, pues, unos niveles de adrenalina muy fuertes, en los que sientes, pues ansiedad, para, para abordar esa situación lo mejor posible y que ese paciente salga adelante ante esa situación.

¿Una vez pasada la situación, todo el estrés que sientes después?

(...) (...) Bueno pues, después de tanto estrés, yo creo que, lo lógico, es que ya te relajes y que ya sientas, pues en el caso de que veas que la situación ha salido bastante bien, pues siente satisfacción, por ti y por tus compañeros, por haberlo hecho todos, pues (...), bien coordinados los unos con los otros, y si el paciente ha salido adelante y, y se ha hecho (...), ha conseguido salir adelante de la situación, pues alegría satisfacción y (...), y relajación

El estrés que dices que te surge, Cuándo... que surge, que es normal, ante la situación de RCP ¿supiste gestionar esas emociones en su momento?

Bueno, eso te lo da la, la experiencia y el pasar por situaciones así. Una persona que no haya pasado por esa situación, o que tenga poca trayectoria profesional, evidentemente, le va a costar más (eh), gestionar esas emociones.

Una vez que ya tienes un (mm), bagaje profesional, entonces pues (eh), haces de tripas corazón, y..., aprendes pues a (...), controlar la respiración, a intentar (eh), mantener tus pensamientos en orden y bien elaborados para conseguir, pues una medicación bien cargada o para conseguir hacer (eh), las maniobras bien hechas y (...), y en el orden correcto, de poner primero la tabla debajo de la cama, en el caso de planta, (eh), delegar en otras personas, si necesitas delegar en otras personas, en fin, ya tienes un poco más de experiencia para gestionar esto de una manera (...), más tranquila.

Que ya te digo, que esta situación no es siempre así, al principio. Al principio te, te atabalas un poco más pero, luego después ya (respiración profunda), pues es como una intuición, es como una cosa que llevas (...) integrada y que te sale de una manera espontánea porque (mmm), porque nuestra carrera está basada en un modelo científico, y evidentemente, todo lo tenemos protocoliz... pro-to-co-li, (no me sale((...) protocolizado, entonces pues (...), principalmente es eso, que siempre puedes tener un mal día, en el cual estés más cansada o tengas más sueño (...), y entonces pues, no te salga bien la gestión igual que otros días, pero si tú estás descansada y tienes un bagaje profesional pues vas a conseguir calmarte y respirar y pensar y (...), intentar estar tranquila.

¿Crees que tus emociones, ese estrés que sentiste, puede interferir en la RCP que estás realizando?, o sea ¿Puede afectar de alguna forma a la eficacia?

Esto que puede (...), puede interferir en esto, porque es lo que te comentaba antes, si tú te bloqueas y no gestionas bien esas emociones, que son tan intensas, a las cuales no estamos acostumbrado en el día a día, cuando vas a comprar o cuando estás en tu casa o cuando estás hablando con los compañeros (...) o repartiendo tu medicación tranquilamente (...), ante esa intensidad, si tú te bloqueas o ese estrés (eh), no consigues (...), controlarlo de manera adecuada, evidentemente,(eh), la eficacia de esa asistencia no va a ser igual, porque la rapidez encargar la medicación o (...),o la forma en elaborar el proceso de la RCP no será el mismo.

¿Qué crees que es lo más difícil de esa situación?

(...) (...) Lo más difícil de esa situación yo creo que es el impacto, (...) primero que tienes de saber que esa persona(...), se, se ha parado. Cuando ves todos los, los indicios de que ha sido una parada real (eh), ponerte en marcha, ponerte en marcha y decidir y priorizar qué es lo primero que tienes que hacer, y el orden de esas prioridades que tu tienes que abordar ante esa situación asistencial.

¿Crees que los profesionales sanitarios necesitan una formación específica para gestionar sus emociones ante estas situaciones de tanto estrés?

Vamos, segura no, estoy convencidísima de que (..) todo el mundo necesita una formación a la hora de gestionar sus emociones, porque bueno, más en (...), en la vida diaria, y en el día a día ya lo necesitamos ante conflictos emocionales, pues con la pareja, los hijos, con todo, pues imagínate en una situación de estrés ante una muerte inminente, cómo es este caso, o (...) o cualquier otra situación de urgencia vital en, en un servicio como urgencias, o sea si se necesita una formación, la formación se necesita una formación.

¿Has aprendido alguna técnica para gestionar las emociones?

A ver yo soy una persona muy curiosa y el tema de las emociones me gusta mucho, cómo se estructura una emoción en nuestro cerebro y cómo se puede conseguir (eh) salir adelante (...) ante situaciones como estas, entonces (¿la pregunta cuál era? perdona)

¿Si has aprendido algunas técnicas para gestionar las emociones?

Si, si me he apuntado a cursos de gestión de conflictos aquí en el hospital y, bueno son muy útiles, son muy útiles porque te enseñan cómo funciona el tema de las emociones, primero identificarlas, qué es muy importante, saber identificar cuáles son esas emociones que te llegan a ti y que te hacen a veces bloquear (respiración profunda). Y cómo gestionarlas para conseguir el mínimo sufrimiento posible para ti y (...) y gestionar luego y abordar una asistencia óptima.

Osea ¿quieres decir que las aplicas en tu día a día estas técnicas?

Por supuesto que lo aplicó, lo aplico, pero por(...), por el tema este que te comento, porque siempre he sido curiosa y he indagado, he investigado y (...) y me gusta, entonces las aplicó(...) siempre que puedo, a diario, en mi día a día, en mi vida y por supuesto en el ámbito profesional.

¿Cómo fueron tus siguientes experiencias, en general, de la RCP?

Bueno cada situación de (...), de RCP, es única, esto principalmente es una cosa que es así, es única pues porque el contexto es diferente, el paciente es diferente, (eh), la familia es diferente, el equipo con el que estás es diferente. Entonces cada situación es muy diferente

¿Hay alguna experiencia que te haya marcado más?

(...) (...) (mmm), Así que recuerde (...), alguna experiencia que me (...), todas son impactantes, todas son impactantes por el riesgo vital que comporta, entonces quedarme con una, pues no te podría decir. (...). A ver (...) gracias a Dios, no he tenido esta experiencia con niños, aunque he pasado ahora por (mmm), por urgencias de pediatría ya hace unos años, y no he tenido, no he tenido esta experiencia, pero creo que esto impactaría bastante, una RCP a un niño, creo que me impactaría.

¿Qué opinas acerca de la presencia de los familiares en las maniobras de RCP?

A ver(..) yo respecto al tema de los familiares en las asistencias nuestras, hay veces que no las comparto (mmm), y mucho más ante una situación cómo está en el cual, ya nosotros nos sentimos bastante estresados, y estamos acostumbrados a, a (...) a estar en, en (...), en este tipo de situaciones, imagínate un familiar que, que está viendo como su padre, su madre, o su hijo, se puede ir, se puede morir, delante de él, o sea yo creo que, estas personas tendrían que estar en una salita aparte (eh) (...), pues (mmm), con un soporte emocional, seguramente, pero no visualizar este tipo de técnicas porque son muy agresivas y no creo que les haga bien verlo.

¿Has realizado algún curso de formación de RCP?

Sí, aquí en el servicio de urgencias cada año se hacen cursos, en el cual se repasa, pues todos los protocolos, y si hay algún cambio, o alguna novedad, siempre se ponen al día, y estamos todas cada año involucradas en este tipo de formación.

¿Está formación sirve en la RCP real?

Hombre (mmm), como te he comentado antes (...), cada caso es diferente, pero sí que es cierto que (...), el protocolo existe y es una base, es una base, no es lo mismo empezar (eh), una RCP (mmm), venida de (...), del universo, a una RCP que tiene una base científica, un protocolo en el cual pues se ha demostrado que es la manera más óptima de abordar este tipo de situaciones (...) ¿Si se adapta a la realidad quieres decir?

Si

(mmm) Si, se adapta a la realidad, lo que pasa, que claro, cada situación es diferente, entonces pues el,el(...), el resultado final, y cómo se coordina cada caso, pues es diferente, y hay situaciones en las cuales hay (mmm) complicaciones (mmm), complicaciones que son diferentes en un caso que en otro, por ejemplo, un (mmm), me acuerdo de una vez un señor que vino intubado y que, y que hizo un vomitó con la intubación, qué bueno, que, que (...), eso era imposible, de, de (...) de desatascarlo al hombre, con la aspiración, ni con Yanka (mmm), ni con la Yankauer, ni con nada, o sea se complicó de tal manera, que ahí, todos intentábamos de alguna manera salir adelante de esa situación, pero se complicó mucho. Y en los casos de RCP, pues lo mismo se puede complicar, se puede complicar muchísimo.

¿Qué recomendarías a los futuros profesionales de enfermería que se encuentren ante esta situación?

Pues, a ver (mmm), todo está inventado, esta frase de todo está inventado, es una cosa que es real, me refiero a que (...), los profesionales que van a venir ahora de, detrás nuestro, en lo que tienen que tener es (...), formación científica lo primero, una formación (eh) humanística que es la nuestra, la de enfermería también, que nosotros vemos al enfermo como un todo, siempre, y vemos más allá, vemos la familia, vemos el contexto del paciente.

Y luego después, el tema de la práctica, a lo largo de los años les va a dar muchas herramientas, y les va a dar mucha seguridad a nivel (...), emocional y a nivel (...), práctico y asistencial. Luego, por supuesto, aquí la Institución, juega un papel muy importante porque el que la institución te valore, que la institución te (...), te apoye de alguna manera eso también hace muchísimo, entonces las nuevas generaciones, pues (...), tienen que hacer eso, formarse(...) y tener confianza en (...), en el bagaje (mmm) profesional que van a ir teniendo y van a ir cogiendo muchas herramientas, y sobre todo ser muy compañero, tener mucho compañerismo y trabajar en equipo.