

**Ana Isabel Fabregat Barrieras
Amanda Perucho Baldoví**

**LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA PRESENCIALIDAD
DE LA FAMILIA DURANTE LAS MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN
CARDIOPULMONAR**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Carme Ortega Segura

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Tarragona. 2020 - 2021

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	7
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	OBJETIVO GENERAL	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3	MARCO TEÓRICO.....	10
3.1	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	10
3.1.1	EPIDEMIOLOGÍA	10
3.1.2	ETIOLOGÍA DE LA PCR	11
3.1.3	EUROPEAN COUNCIL RESUSCITATION (ECR)	11
3.2	EL PAPEL DE LA FAMILIA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS	12
3.2.1	PROYECTO HU-CI	13
3.3	LA PRESENCIALIDAD DE LA FAMILIA DURANTE LA RCP	13
3.3.1	PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA	13
3.3.2	PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO	14
4	METODOLOGÍA.....	17
4.1	BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	17
4.2	TIPO DE ESTUDIO	17
4.3	HERRAMIENTA DE ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	17
4.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	18
4.5	ÁMBITO DE ESTUDIO	18
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	19
4.7	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	20
5	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
5.1	CONTEXTUALIZACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL	21
5.1.1	EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
5.1.2	FORMACIÓN ACADÉMICA	22
5.1.3	FORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA INSTITUCIÓN	23
5.1.4	HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	25
5.2	RCP	26
5.2.1	PERSPECTIVA ENFERMERA SOBRE LA FPDR	26
5.2.2	EXPERIENCIA CON EL EQUIPO	28
5.2.3	OPINIÓN EN BASE A LA FAMILIA DURANTE LA RCP	29

6	CONCLUSIONES.....	31
7	BIBLIOGRAFÍA.....	33
8	ANEXOS	38
8.1	ANNEXO 1	38
8.2	ANNEXO 2	39
8.3	ANNEXO 3	41
8.4	ANNEXOS 4	43

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora de proyecto, Carmen Ortega Segura, que desde la primera toma de contacto supo guiarnos en el camino correcto, darnos los mejores consejos y transmitirnos confianza e ilusión por realizar dicho proyecto de estudio, tan importante en nuestra carrera profesional. Sus enseñanzas han sido insustituibles y primordiales para centrarnos en nuestros objetivos y enfocar adecuadamente la metodología.

A la Universidad Rovira i Virgili, por ofrecernos la oportunidad de formarnos como profesionales sanitarios dentro del equipo enfermero. Su plan de estudios es de gran calidad, brindando unos conocimientos ejemplares y una formación práctica exitosa.

A todo profesional de enfermería, que voluntariamente se ha ofrecido a ayudarnos en la investigación del estudio, aceptando la ejecución de dichas entrevistas. Su aportación ha hecho posible la realización de este proyecto, dando fruto a sus metas.

A nuestras compañeras de carrera, amigos y a nuestros familiares, quienes nos apoyaron y confiaron en nosotras y en nuestras capacidades como estudiantes y futuras enfermeras. Nos cogieron de la mano en nuestros momentos más difíciles y nos dieron la confianza y fuerza que necesitábamos en cada momento de este gran viaje.

Gracias a todos por demostrarnos lo bonita que es esta profesión y la buena elección que hicimos cuando decidimos ser enfermeras, cuidando de cada una de las personas que lo necesiten.

RESUMEN

Introducción: La presencialidad de la familia durante la RCP (FPDR), dentro de un contexto de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR IH), actualmente es un tema controvertido y polémico dentro del mundo sanitario. En España, aproximadamente tres cuartas partes de los profesionales de enfermería rechazan la idea de la FPDR; según recientes estudios y artículos publicados, éstos indican los beneficios psicológicos que aporta a los allegados llevar a cabo esta práctica.

Objetivo: Analizar las opiniones que aguardan los profesionales de enfermería respecto a la FPDR.

Metodología: Este trabajo ha seguido una línea metodológica cualitativa, en el cual se realizó una búsqueda bibliográfica y, posteriormente, efectuaron tres entrevistas semiestructuradas, llevando a cabo un muestreo por “bola de nieve”; el subsiguiente análisis de la información reunida se trató mediante categorías y subcategorías.

Resultados y discusión: Tras la realización y posterior análisis de las entrevistas, la negativa a la idea de la FPDR fue mayoritaria, aunque no absoluta; la experiencia profesional y la formación fueron aspectos clave durante la conversación. Los principales conceptos que sostuvieron los participantes opuestos a la presencialidad de la familia en dicha maniobra, fueron el miedo a represalias legales, a la reacción e interferencia de los allegados durante esa situación y a las posibles secuelas psicológicas sobrevenidas por ese momento; en contraposición, sólo un enfermero, cuya experiencia abarca tanto en el área crítica como en la unidad móvil extrahospitalaria, expuso los beneficios de la FPDR tales como el duelo, un aspecto clave para evitar su evolución patológica.

Conclusión: La FPDR a pesar de los beneficios que puedan adoptar los familiares, también vislumbra una realidad como son la carencia de políticas y protocolos por parte de las instituciones sanitarias, junto a la falta de formación que incluyan a la familia como otro elemento relevante en la maniobra de la RCP.

Palabras clave: FPDR, RCP, intrahospitalario, enfermería, opinión.

ABSTRACT

Introduction: The presence of the family during RCP (FPDR), within a context of in-hospital cardiorespiratory arrest (PCRiH), is currently a controversial and controversial issue within the healthcare world. In Spain, approximately three-quarters of nursing professionals reject the idea of FPDR; According to recent studies and published articles, these indicate the psychological benefits that carrying out this practice brings to relatives.

Objective: Analyze the opinions that nursing professionals await regarding FPDR.

Methodology: This work has followed a qualitative methodological line, in which a bibliographic search was carried out and, later, three semi-structured interviews were carried out, carrying out a “snowball” sampling; the subsequent analysis of the information gathered was treated through categories and subcategories.

Results and discussion: After conducting and analyzing the interviews, the majority, although not absolute, was negative to the idea of the FPDR; professional experience and training were key aspects during the conversation. The main concepts that the participants opposed to the presence of the family in said maneuver were the fear of legal reprisals, the reaction and interference of relatives during that situation and the possible psychological consequences that occurred at that time; In contrast, only one nurse, whose experience covers the critical area and the out-of-hospital mobile unit, exposed the benefits of FPDR such as bereavement, a key aspect to avoid its pathological evolution

Conclusions: The FPDR, despite the benefits that family members may adopt, also envisions a reality such as the lack of policies and protocols on the part of health institutions, together with the lack of training that includes the family as another relevant element in the maneuver of RCP.

Key words: FPDR, RCP, inside-hospital, nursing, opinion.

1 INTRODUCCIÓN

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es la técnica de resucitación que se emplea cuando una persona sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR); en la actualidad, una de las causas principales de PCR en adultos occidentales se deben a comorbilidades derivadas de cardiopatías, obesidad, diabetes mellitus, entre otras enfermedades metabólicas crónicas. (1)

La presencialidad de la familia durante la RCP (FPDR) es un tema muy controvertido en estos últimos tiempos, y que inevitablemente acompaña a la PCR IH. Muchos estudios, a nivel extranjero, apuntan al considerable beneficio psicológico que aporta a las familias el hecho de vivir junto a su ser querido el momento de la reanimación; pero otras investigaciones realizadas por metodología cualitativa, a nivel de encuestas y entrevistas, apuntan la postura contraria a la que están los profesionales sanitarios alegando el hecho de ser un riesgo para ellos mismos durante la maniobra, por el miedo al aumento de denuncias o demandas, y a las consecuencias psíquicas y emocionales que puedan aparecer a corto y largo plazo por parte de la familia. Otro aspecto que incluye es la falta de formación o reciclaje por parte de los profesionales sanitarios, en base a la RCP avanzada y también su preparación teniendo en cuenta a la familia como otro pilar primordial en este tipo de problemática. (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

La PCR intrahospitalaria (PCR IH), hoy por hoy, no alberga un registro epidemiológico sobre los casos que se dan dentro de los centros asistenciales, a diferencia del ámbito extrahospitalario; tan sólo, existen aproximaciones extrapoladas de estudios de otros países para figurar la situación que se vive en el estado. Según diversos artículos, entre ellos se encuentra la Semicyuc, plantean unas cifras que se sitúan entre 22.000 y 24.000 casos de PCR IH. (10, 11, 12)

Como bien se conoce, la familia es uno de los elementos más importantes para el paciente; realiza un papel fundamental en la mejora de salud del mismo. Actualmente, se siguen desarrollando proyectos como la humanización de las UCIs (HUCI), que garanticen una integración de la familia en los cuidados realizados al paciente, para así obtener beneficios de salud y cubrir todas las necesidades de los familiares. Por ello, es necesario entender el porqué ante una situación crítica como la PCR, los profesionales sanitarios se contraponen a la FPDR. (13, 14)

Ante la dualidad y diversidad de opiniones respecto a la perspectiva del equipo de enfermería, ante la presencia de la familia durante la realización de las maniobras de

RCP, se planteó cuales eran los principales motivos por los que existía esta gran controversia. A su vez, se decidió conocer las diferentes posiciones entre los profesionales de enfermería más cercanos ya que, mayoritariamente, los estudios publicados y realizados provienen de países extranjeros con culturas y puntos de vista diferentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las opiniones que aguardan los profesionales de enfermería respecto a la presencialidad de las familias durante la reanimación cardiopulmonar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Exponer la situación actual de las familias frente la disposición de vivir el proceso de RCP, mediante la búsqueda bibliográfica.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se considera una irrupción súbita del compromiso vital de salud de una persona; por ello, la rapidez de actuación, la calidad en la respuesta de reacción y la formación de los profesionales sanitarios serán elementos esenciales en la aplicación, proceso y resolución de la RCP. (1)

3.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

En España, la PCR se conceptualiza como un problema de salud pública, haciendo distinción entre los casos que suceden en el ámbito extrahospitalario (EH) como en el intrahospitalario (IH); a nivel estatal, se creó el proyecto OHSCAR, estudio en el que participaron 17 CCAA, y que se caracterizó por cuantificar y registrar por parte del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), el número de PCREH acontecidas durante el periodo de 2013-2014; el resultado de dicho análisis apuntó que, en el estado español, hubo una incidencia del 18,6 por cada 100.000 habitantes, teniendo en cuenta la variabilidad entre las distintas comunidades y regiones cooperantes. En Cataluña, los datos que se muestran, alcanzan los 1.558 casos de PCR, siendo una incidencia del 19,8%. (10, 11, 12)

Otro programa puesto en marcha es el registro EuReCa ONE, el cual fue un estudio prospectivo en el que participaron 27 países europeos, donde se incluye España; la finalidad de esta iniciativa fue la de conocer la situación que vivían los distintos estados referente a las PCREH. Una de las conclusiones que se extrajeron del proyecto, fue la gran variabilidad a lo que respecta la incidencia, siendo una horquilla de 38 a 86 paradas cardiacas por cada 100.000 habitantes; esta distancia entre ambas cifras se debe a las diferencias existentes entre las comorbilidades precursoras a PCR, la manera en cómo se realizan los registros de PCREH, la actuación de los servicios de emergencias, entre otros factores. (11, 15)

Respecto al área IH, no hay bibliografía que exponga estadísticamente el panorama real epidemiológico de las PCRs; aún así, algunos profesionales sanitarios, en sus publicaciones relacionadas con el tema en cuestión, sí se han aventurado en hacer aproximaciones sobre la situación en este país. El artículo *Mejorar la Supervivencia de la Parada Cardíaca Intrahospitalaria*, escrito por el doctor Juan B. López Messa en 2013, exponía que a partir del estudio *Get with the Guidelines-Resuscitation Registry* se podía deducir lo siguiente: “Aplicando los datos del referido estudio se habrían producido en

*España 23.542 PCIH tratadas, lo que supone un número de gran relevancia y que se aproximaría en cifras a lo estimado que se produce en el ámbito extrahospitalario.”(16); otra publicación, siendo esta vez un proyecto de investigación titulado *Situación de la Parada Cardíaca Intra-Hospitalaria (PCIH) en España* de la Semicyuc, calculan una situación anual de 22.819 paradas a nivel hospitalario interno (17); *Una Estrategia para el Sistema Nacional de Salud ante la Parada Cardíaca*, escrita por el consejo español de RCP, determina una cifra de 22.300 PCIH; yendo más allá en sus estimaciones, alega que la mortalidad anual del conjunto de PCR que acaecen tanto a nivel externo como interno en el propio hospital se sitúa en 46.900 muertes, siendo como dice el grupo de expertos: “Se estima que el número anual de muertes, que ocasionan en España es 24 veces superior al originado por los accidentes de tráfico y que equivalen a las que se producirían si cada 35 horas se accidentara un avión Airbus 320-200 y fallecieran los tripulantes y todos los pasajeros.”(18)*

3.1.2 ETIOLOGÍA DE LA PCR

Existen divergencias entre las características que adquiere una PCREH de una PCRH; dentro del ámbito hospitalario, una PCR suele ser la respuesta provocada por una patología tanto aguda como crónica reagudizada; esto significa que ciertas enfermedades ya sean de etiología respiratoria, cardíaca como aquellas en las que su gravedad o progresión evolucionen a un “shock”, e incluso en pacientes post-intervenidos quirúrgicamente, requieren de especial atención por sí desencadenan una parada cardiorrespiratoria. En cuanto a los ritmos cardíacos que prevalecen en situaciones de PCRH, son aquellos en los que el paciente se encuentra en asistolia o electrocardiográficamente se muestra actividad eléctrica patológica sin pulso; sumando, según el doctor Juan B. López¹, un 70% de las paradas hospitalarias, siendo la asistolia la más prevalente. Respecto a la edad, se muestra cierta prevalencia a que las PCRH les suceden a personas de más edad en comparación a las PCREH. (15, 19, 20)

3.1.3 EUROPEAN COUNCIL RESUSCITATION (ECR)

Las recomendaciones publicadas por parte del ECR en el 2015, aparece el concepto de la presencialidad de la familia durante la RCP en varias ocasiones, como se muestra en las páginas 55, 60 y, sobretudo, la 70. Entre toda la información expuesta en la guía, desde la ECR expone públicamente la siguiente información: “El ERC apoya que se

¹ Extraído del artículo: *Mejorar la Supervivencia de la Parada Cardíaca Intrahospitalaria*. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=80124>

ofrezca a los parientes la elección de estar presentes durante un intento de resucitación aunque se deben entender y apreciar con sensibilidad las variantes culturales y sociales.” (1), considerándose un derecho para las familias. Otro aspecto relevante, respecto al tema en cuestión, hace referencia a la aplicabilidad de dicha sugerencia; y es que de los 32 estados que forman parte del ERC, una proporción inferior al 50% de los países da la oportunidad a los parientes de asistir durante la RCP; tal y como se expone: “El principio de autonomía del paciente tiene soporte legal en la actualidad en la mayoría de los países. Sin embargo, en menos de la mitad de los países se permite normalmente a los familiares estar presentes durante la RCP.”(1)

3.2 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Durante años la familia del paciente ha tenido un papel potencialmente relativo y nulo, separando completamente la estructura familiar, del paciente; con el fin de preservar su intimidad y enfocar todos los cuidados enfermeros al mismo y no a sus iguales. Progresivamente, con el paso del tiempo, esta política de acompañamiento ha ido evolucionando, permitiendo que los familiares del enfermo, participen en los procedimientos y decisiones que proporcionen un mejor estado de salud y calidad de vida, del paciente. A su vez, la integración de la familia en los cuidados de enfermería, causan una relación más estrecha y un vínculo entre familiares y personal sanitario. (21, 22)

Para llegar a comprender que tan importante es el papel que compone la familia ante la estancia de uno de sus miembros en cualquier unidad hospitalaria, se debe saber que ésta, es el grupo social más importante para el individuo hospitalizado ya que, en la mayoría de los casos, comparten creencias y valores; además de ser la familia un influyente en su formación y desarrollo, generando así una unidad funcional. (23)

En las unidades de pacientes críticos, la vigilancia y los cuidados deben de realizarse constantemente puesto que, dichos hospitalizados se encuentran en una situación vulnerable y crucial, donde su estado de salud puede verse afectado de manera muy negativa. Estos pacientes a su vez, tienen un gran riesgo de muerte; por ello, diversos estudios demuestran la aparición de síntomas tales como la ansiedad, el estrés, el miedo, el disconfort y la depresión en los familiares. Esto se debe a la incertidumbre y la vivencia de una situación totalmente desconocida e incomprensible para la familia, viéndose afectados sus vínculos más estrechos. El personal sanitario debe ser competente a la hora de prevenir síntomas adversos, tanto psicológicos como físicos en

la familia del paciente; por ello, se deben cubrir todas sus necesidades, favoreciendo el entendimiento del problema de salud y de la nueva y estresante situación. (23, 24)

En el año 1976, la enfermera Nancy Molter publicó su tesis, dónde quedó reflejada la creación del cuestionario *Critical Care Familiars Needs Inventory (CCFNI)*. En 1983, junto con la ayuda de la enfermera Jane Leske, se realizó la versión definitiva del mismo. Este formulario consta de 45 ítems y tiene como finalidad conocer cada una de las necesidades percibidas por los propios miembros de la familia de los pacientes, que son ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las principales necesidades estudiadas son el apoyo, la información, el confort, la proximidad y la seguridad. Desde ese mismo instante, el personal sanitario empezó a ofrecer especial dedicación a las familias de los pacientes. (25)

3.2.1 PROYECTO HU-CI

El pasado 2014, se creó el proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI), con el objetivo de centrarse en el paciente, comprendiendo que es un ser único cuya dignidad e intimidad deben ser preservadas, respetando sus creencias y valores. A su vez, se proporcionarán los mejores cuidados, actualizados y con evidencia científica, haciendo partícipe en todo momento a los familiares del individuo. Este designio nació a causa de una necesidad manifestada por la población y personal sanitario. En las UCIs prevalecía el equipo informatizado y técnico, junto a un silencio insidioso, dejando completamente de lado la comunicación y trato enfermero-paciente. Para mejorar y progresar, se realizó el proyecto HU-CI, creando en él 8 líneas estratégicas, con sus respectivos objetivos e indicadores, para así desempeñar un modelo a largo plazo. (Figura 1)(13, 14)

3.3 LA PRESENCIALIDAD DE LA FAMILIA DURANTE LA RCP

3.3.1 PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

La controversia, la dualidad y la variedad de opiniones y argumentos están presentes en lo que respecta a la presencialidad de la familia durante la RCP; los artículos en base a dicho tema proceden en su mayoría de países anglosajones y EEUU, siendo escasos en nuestro país. Varios estudios de investigación cualitativos relacionados directamente con el contenido en cuestión, tratan sobre la perspectiva del paciente, en base a su opinión, tras la experiencia vivida en una unidad de críticos; el artículo *Family witnessed: the views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the experience of resuscitation survival*, fue un estudio en el

que se crearon 2 grupos de pacientes, de los cuales uno de ellos estaba formado por personas que se habían recuperado tras sufrir una PCR y realizar la RCP; y el segundo, participaron personas que habían vivido una situación de emergencia, el grupo control; los resultados de este estudio, estadísticamente, abogaban mayoritariamente por la presencialidad de la familia durante la RCP, extrayendo otro dato relevante como el que un 64% de los participantes del primer grupo consideraban que los efectos que provocaron en los parientes observar este tipo de situaciones era positivo. (26)

Otro estudio relacionado con el anterior se titula *Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation*, en este, se valoraron principios psicopatológicos tras observar la situación crítica; se formaron dos grupos, uno de ellos con parientes que presenciaron la RCP y otros que no, creando como comparativa un sector control. El primer criterio a determinar fue el trastorno por estrés postraumático tras pasar 90 días desde la vivencia, siendo la valoración primaria; y en segundo lugar, estudiaron la aparición o coexistencia entre la ansiedad y la depresión entre los allegados, y cómo esta situación se transformaba en aspectos jurídico-administrativos, tales como demandas, denuncias, etc. Los resultados de esta investigación cualitativa ratificaron el beneficio que aporta a las familias contemplar la RCP, disminuyendo los casos de estrés postraumático, la ansiedad, la depresión y las demandas (27). Otro estudio muy parecido al anterior, que comparte las mismas conclusiones, se titula *Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1 year assessment*, el cual argumenta lo siguiente: “1 año después del evento, los beneficios psicológicos persisten para aquellos familiares que ofrecieron la posibilidad de presenciar la RCP de un familiar en paro cardíaco.”(28) *Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review*, es un artículo que mantiene una premisa contundente tras la búsqueda bibliográfica y el trabajo de campo realizado, y es que la familia considera que la FPDR es un “derecho fundamental”, además del aspecto positivo que se genera al observar la situación tanto para ellos mismos, como para el paciente y el equipo sanitario (2).

3.3.2 PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO

Otros artículos, desde la perspectiva del personal médico y enfermero de emergencias, existe una tendencia de pensamiento distinta a la que se expone por parte de la bibliografía. Uno de esos estudios se denomina *Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review*, la conclusión que se extrae es una deriva negativa por parte de los profesionales

sanitarios; ya que, perciben que habrán más trances que rédito con la situación (29). *Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation; physicians' and nurses' opinions*, es una investigación que se llevó a cabo durante los años 2006 y 2007, en el que participaron una proporción considerable de médicos (62) y enfermeros (82) enmarcados dentro de servicios críticos; tras el cuestionario y transformar todos los datos recopilados en una metodología cualitativa de proporciones, obtuvieron como resultados que tras el 79% de participación, aproximadamente el 83% de los trabajadores de la salud afirmaron no estar de acuerdo en la FPDR; los principales motivos fueron tanto la preocupación ante la reacción que pudieran tener las personas cercanas como las posibles secuelas que pudieran sufrir tras el percance (30). Éstos, no son los únicos estudios que sostienen dichas premisas, algunos van más allá e incluyen la formación y educación cómo uno de los factores más determinantes que explican la escasa puesta en práctica de la FPDR; un ejemplo es el artículo *Family Presence During Resuscitation: The Education Needs of Critical Care Nurses*, publicado en 2018, expone cómo a partir de un grupo de 395 profesionales de enfermería, con un perfil de práctica asistencial crítica, únicamente aproximadamente un 30% afirmaba tener formación en FPDR y el 83% quería instruirse en concreto en ese método inclusivo.(5) *Nurses' perceptions of family presence during resuscitation*, en sus resultados trata un ítem que es la autoconfianza de enfermería frente a la FPDR, tras el análisis de entrevistas y cuestionarios, la relación de determinación o seguridad y beneficio se vió ampliamente asociada con la enseñanza de según los autores de "capacitación en soporte vital cardíaco avanzado", como mínimo haber estado 10 veces en situaciones de RCP, o tener formación específica en cuidados críticos (8); *Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: a cross-sectional study*, es un estudio donde sus resultados y conclusiones van en la misma línea que artículo anterior, argumentando cómo la práctica y las vivencias experimentadas de distintas RCP junto a la familia y estas resueltas satisfactoriamente, hacen tener en los profesionales de enfermería más confianza y tolerancia o menos animadversión hacia la FPDR. (31)

The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation, es una investigación que se llevó a cabo a nivel nacional mediante sondeos por vía telemática; los resultados extraídos tras las respuestas y el posterior análisis indicaron que un 45% de las situaciones de RCP, los familiares no piden presenciar el acto; el 64% de los profesionales sanitarios no están de acuerdo con la presencialidad de los parientes, y un 30% no confía en que disminuya la ansiedad en

los allegados.(32) Otros estudios extranjeros, como *Attitudes of Community Hospital Critical Care Nurses Toward Family-Witnessed Resuscitation*, a nivel estadounidense, es un artículo que difiere del resto respecto a la línea de opinión que tienen los enfermeros hacia el FPDR; partiendo de una muestra de 40 profesionales de enfermería de dos distintos hospitales, el 92% está a favor y respalda la presencialidad de la familia, habiendo vivido alguna situación bajo la FPDR. (33)

4 METODOLOGÍA

4.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Este trabajo de investigación parte de una premisa donde hubo una base teórica consolidada por medio de la búsqueda bibliográfica, que se llevó a cabo durante octubre de 2020 y febrero de 2021; utilizando como bases de datos PubMed, CINAHL, NEJM, Enferteca y Google académico.

Los operadores booleanos que se emplearon fueron principalmente “AND” y, en alguna ocasión, el “OR” para ampliar el resultado de la búsqueda en conceptos semejantes. Los tesauros que se manejaron fueron los términos MESH como los siguientes, (*Professional family relation*) AND (*Cardiopulmonary resuscitation*), (*Attitude of health personnel*) AND (*Cardiopulmonary resuscitation*) OR (*Critical care*). Una vez consolidado el marco teórico y teniendo los fundamentos suficientes, se prosiguió a desarrollar en sí el concepto cualitativo del trabajo.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se encuentra inmerso en el ámbito de la metodología cualitativa; dentro de dicha rama, este trabajo se categoriza como un diseño fenomenológico, el cual los participantes aportan pensamientos y opiniones en base al tema en cuestión, teniendo en cuenta en todo momento la subjetividad e individualidad de cada caso. (34)

La finalidad metódica en la que se está abordando la investigación, no pretende obtener resultados representativos o extrapolables a un ámbito en sí; tan sólo aspira a delinear o explicar e incluso expresar la opinión en base a un tema controvertido.

4.3 HERRAMIENTA DE ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La herramienta utilizada para realizar este estudio ha sido mediante entrevistas semiestructuradas, donde el guion fue adaptándose según las aportaciones de los participantes; teniendo en cuenta una serie de temas y cuestiones principales que ayudaron a orientar la conversación.

Esta recopilación de datos se ha llevado a término mediante un dispositivo multimedia como la grabadora de voz. Posteriormente, una vez completado el trabajo de campo se procedió al análisis, utilizando como método la transcripción; una vez finalizado este proceso, se procedió a codificar los datos en función a la temática y al contexto.

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población escogida para abordar este estudio fue a partir del muestreo no probabilístico por “bola de nieve”; los participantes que se escogieron debían de haber ejercido su profesión, independientemente del tiempo y de su experiencia profesional, como enfermeros en un área de pacientes críticos o semicríticos.

Las entrevistas realizadas fueron a dos enfermeros del Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR), dentro del servicio de urgencias en el turno de noche. La tercera entrevista ejecutada fue a un enfermero del Hospital Universitario General de Valencia.

Los criterios de inclusión para a elección de los entrevistados son:

- Personal de enfermería, independientemente del sexo, que hayan estado trabajando en unidades especiales como urgencias o UCI.
- Enfermeros/as que hayan asistido o visualizado una PCR.

Entre los criterios de exclusión se encuentran:

- Personal sanitario con escasa o nula experiencia en áreas de pacientes críticos.
- Enfermeros que por su propia voluntad no estén dispuestos a firmar el consentimiento informado o ser grabados mediante un dispositivo de voz.

4.5 ÁMBITO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta el escaso tiempo, por carga asistencial, del personal sanitario entrevistado, se realizaron las dos primeras entrevistas durante el turno de noche, ambas en días alternos. El lugar elegido por ambos participantes fue el control de enfermería de urgencias pediátricas del Hospital Sant Joan de Reus puesto que, se consideró que este espacio transmitía tranquilidad. Para la realización de la tercera y última entrevista, se eligió hacer uso de las nuevas tecnologías y la modalidad online, por lo que, se efectuó la entrevista a través de una videoconferencia, fuera del horario de trabajo.

Las principales características, a tener en cuenta, de los tres participantes entrevistados en este proyecto de investigación son las siguientes:

1er entrevistado (P.E.1):

Varón de aproximadamente 35 años de edad, graduado en enfermería el año 2007. Actualmente se encuentra trabajando en el servicio de urgencias y de manera eventual

en el SEM. Su formación académica es meramente fructuosa ya que, ha realizado diversos postgrados y cursos actualizados, que le han permitido desarrollarse en el ámbito de servicios especiales con pacientes críticos. Durante toda la entrevista, se ha sentido cómodo, calmado e interesado por el tema principal del proyecto. Ha desarrollado con claridad y extensión cada cuestión planteada, siendo un discurso totalmente sincero.

2º entrevistado (P.E.2):

Varón de 33 años de edad, y 11 años de experiencia profesional, ejerciendo la profesión de enfermero. Los últimos tres años ha estado trabajando en el servicio de Urgencias, pero anteriormente se encontraba tanto en la Unidad de Cuidados Intensivos como en Reanimación del Hospital Sant Joan de Reus. En todo momento, el entrevistado se disponía a contestar las cuestiones de manera concisa y clara, pero conforme iba pasando la entrevista se puede observar como va desarrollando de manera extensa cada punto de la entrevista.

3er entrevistado (P.E.3):

Hombre de 28 años de edad, que se encuentra actualmente trabajando en el Hospital General Universitario de Valencia. Durante dos años de su carrera profesional, ha estado trabajando en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que tiene experiencia en el cuidado de pacientes críticos. A lo largo de la entrevista, el sujeto se veía tranquilo y totalmente seguro de sus conocimientos y perspectivas; es por ello que, en toda momento ha contado sus propias vivencias y punto de vista.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de las entrevistas semiestructuradas empleadas, se desempeñó un consentimiento informado cuyo contenido aclaraba cuál era el tema abordado y el principal objetivo del estudio. A su vez, se explicó que su identificación se mantendría en absoluto anonimato, cómo se llevaría a cabo el diálogo entre entrevistador y profesional sanitario y los medios o herramientas que serían empleadas.

Respetando La Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, publicada en el BOE, se hace hincapié en la confidencialidad de los datos aportados por dicho profesional sanitario. (35)

Como se ha mencionado recientemente, el profesional sanitario que ha aceptado a participar en el proyecto de investigación, será totalmente anónimo y por ello lo identificamos como Profesional de Enfermería (P.E) y su respectivo número, según el orden establecido (1, 2 y 3).

4.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el proceso de realización del respectivo proyecto, hemos encontrado diversas dificultades. Como limitación nuestra a la hora de realizar el trabajo, la organización y la disponibilidad entre ambas integrantes del proyecto de investigación fue complicada dado que, residimos en Comunidades Autónomas diferentes y ambos turnos de prácticas hospitalarias no coincidían. Esto ha conllevado a la realización y discusión de la investigación, de manera telemática, dificultando la puesta en común de ideas y opiniones entre ambas.

Por otro lado, las limitaciones propias del trabajo fueron inconvenientes tales como la muestra de estudio, que ocasionó una gran reflexión en nosotras. No todo el personal sanitario, en este caso el equipo enfermero, a quienes acudimos para la realización de dichas entrevistas, estaba dispuesto a ser grabado o entrevistado ya que, varios de ellos no han ejercido su labor en unidades especiales con pacientes críticos. A su vez, el escaso tiempo por carga de trabajo hacía difícil encontrar el momento y el lugar idóneo para su ejecución.

Por lo que concierne a la búsqueda bibliográfica, el número de artículos facilitados por las diversas bases de datos utilizadas, eran meramente escasos, ya que el contenido principal del proyecto era muy concreto y en muchos países no se había reflexionado sobre ello.

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez realizadas las tres entrevistas y haber recopilado todos los datos de cada uno de los participantes, se procede a realizar el análisis de los discursos de los profesionales de enfermería a partir de la categorización de los datos. A continuación se mostrarán las principales etiquetas a analizar:

CATEGORÍAS
CONTEXTUALIZACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL
RCP

5.1 CONTEXTUALIZACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL

La contextualización personal es un aspecto fundamental para entender la postura que sostiene una persona en base a un tema, en este caso, en concreto a la presencialidad de la familia durante la RCP. Durante la búsqueda bibliográfica se destacaron artículos y estudios donde la experiencia profesional y la formación profesional se vinculaban directamente con la percepción y la opinión de enfermería. Seguidamente se mostrarán las subcategorías a desarrollar en este apartado:

SUBCATEGORÍAS
EXPERIENCIA PROFESIONAL
FORMACIÓN ACADÉMICA
FORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA INSTITUCIÓN
HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

5.1.1 EXPERIENCIA PROFESIONAL

La experiencia profesional de los participantes pasaba necesariamente por haber estado en alguna unidad de cuidados críticos y semicríticos; por ello, era necesario iniciar cada una de las entrevistas teniendo en cuenta el punto de partida de cada uno de ellos.

El enfermero P.E.1 afirmaba durante su presentación lo siguiente:

“[...] sóc infermer del servei d’urgències del Hospital Universitari Sant Joan de Reus i també realitzo de forma eventual guàrdies al SEM; [...]”.

Un aspecto que influirà en P.E.1 durante esta entrevista serà la característica de formar parte de un equipo mòvil de urgències medicalizada; y que posteriorment se expondrà. El enfermero P.E.2 a la pregunta que se le realiza sobre los años que lleva ejerciendo de enfermero, manifiesta ser desde el año 2010, por lo tanto 11 años; posteriormente, hace una apreciación en su discurso matizando su experiencia y qué considera él una unidad de cuidados críticos y semicríticos:

“Pues sí, llevo de 3 para 4 años en la zona crítica.” [Explica que considera que es la zona crítica]: “Bueno incluye neonatos... también incluye salas de partos, también incluye lo que son pruebas especiales como el TAC entre otras cosas que se hacen cuando un paciente no está bien.”

El enfermero P.E.3, sin embargo ha creído conveniente no especificar cuántos años lleva ejerciendo la profesión de enfermería. Ha preferido centrarse en su experiencia en unidades especiales; cuya competencia en la Unidad de Cuidados Intensivos es de un periodo de 2 años. A su vez, estuvo trabajando en el servicio de urgencias pediátricas durante 3 años.

El enfermero P.E.3 señalaba:

“Pues en la unidad de críticos llevo trabajando 2 años.” “[...] estuve trabajando en urgencias mmm... 3 años, en urgencias pediátricas y de observación.”

5.1.2 FORMACIÓN ACADÉMICA

Ahondando un poco más sobre sus vidas académicas y laborales, en su primera intervención, el enfermero P.E.1 enumeraba todo su recorrido siendo el que a continuación argumentaba:

“[...] a nivell acadèmicestic..., bueno vaig acabar la carrera al 2007, i des de llavors fins a l’actualitat he intentat anant formant-me; tinc el postgrau d’atenció prehospitalària urgent de la URV, tinc el màster d’urgències hospitalàries de Bellvitge, un... postgrau del pacient politraumàtic del Parc Taulí, un curs d’extensió universitària de cardiologia de la URV, un altre curs on-line d’extensió universitària d’urgències en pediatria... I bueno, i després cursos, intento tindre cursos actualitzats de RCP bàsica, més bé sóc instructor de RCP bàsica i DEA;

així com a important tinc el PHTLS que es el Politraumatic Extrahospitalari i després intento tindre actualitzats cursos de RCP, de... maneig de la via aèria, electrocardiogrames, etc.”

Otra característica a tener en cuenta en el enfermero P.E.1 es que es instructor de RCP, y su postura en mantenerse actualizado en base a la RCP básica; entre otras formaciones en cuidados críticos que complementan sus estudios. Respecto al enfermero P.E.2, ante la cuestión de la realización formación complementaria posterior al finalizar la carrera universitaria (postgrados o masters); refiere que hasta la actualidad tiene titulación de uno, pero su intención es aumentarlos. (3, 5, 6)

5.1.3 FORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA INSTITUCIÓN

Otro aspecto a tener en cuenta, es la formación que proporciona la propia institución, en especial relevancia a los cursos que proporciona el propio centro asistencial en base a la maniobra RCP. Siendo los dos enfermeros, tanto P.E.1 como P.E.2 del HUSJR, sostienen discursos distintos. A continuación se expondrá la argumentación del enfermero P.E.1:

“De RCP avanzada en adulto en el hospital... hace muchos años. En pediatría sí que cada año o cada dos años se está ofreciendo; ya sea de intermedio o el avanzado a nivel pediátrico. Eh... a nivel básico también, aunque mi formación muchas veces ha sido externa, y ahora que soy instructor lo he hecho fuera del hospital. Y en RCP avanzada en adultos, realmente hay pocos cursos a nivel intrahospitalario.”

Mientras que el enfermero P.E.2 destacaba lo siguiente:

“Si... Aquí suelen hacer cursos, ahora ya no por el tema del covid se ha estancado todo un poco; pero suelen hacer los 3 tipos de RCP, la básica, la intermedia y la avanzada...” (La entrevistadora pretende que especifique si se ofreció en adultos o pediatría, por lo que respondió): *“En pediatría también lo hicieron.”*

Es importante encuadrar y enmarcar la experiencia profesional, como la formación posterior individual como las ofertas que ofrece, en estos casos, un hospital para entender parte del pensamiento hacia la presencialidad de la familia durante la RCP. Algunos de los motivos que conducen a la negativa del tema, según varios estudios son la falta de educación o preparación en FPDR y la falta de políticas, protocolos y guías

de actuación en FPDR en los propios centros hospitalarios; creando como resultado una falta de confianza o inseguridad ante la persona. (2,3,4,5)

El artículo *Nurses' perceptions of family presence during resuscitation*, trata del tema de la autoconfianza; y esta percepción propia dependía directamente de las vivencias, si fueron positivas o negativas, que dependía tanto del conocimiento y la formación como del equipo que acompañaba, y posteriormente de la cantidad de dichas situaciones vividas. (8) De la misma manera que el artículo *Family Presence During Resuscitation: The Education Needs of Critical Care Nurses* como expone que tan solo el 30% de profesionales de enfermería en unidades de críticos había recibido educación en FPDR. (5)

La idiosincrasia que existe en P.E.1, P.E.2 y P.E.3, que posteriormente se expondrá en la categoría RCP; P.E.1 se encuentra a favor de la presencialidad de la familia durante la RCP, el bagaje académico posterior y la experiencia tanto en situaciones de extrahospitalaria como intrahospitalaria, según artículos extranjeros puestos en la práctica de tratar a la familia durante la RCP (8, 31, 32, 33); mientras que el enfermero P.E.2 y P.E.3, sostienen una opinión negativa en base al tema de investigación.

Hay que hacer un inciso respecto a la formación de P.E.1, a la pregunta sobre si los posteriores cursos de RCP avanzada se incluía el abordaje de la familia durante la FPDR, el entrevistado respondió lo siguiente:

“Esto lo he aprendido con la experiencia...” [...] “Te lo enseñan en RCP avanzada, hay un apartado que te lo enseñan a lo mejor cómo transmitirlo a la familia; luego que la familia esté contigo durante este proceso no, es a base de la experiencia y... también la seguridad que puedes sentir en uno mismo.”

El enfermero P.E.3, por el contrario, afirma que ni durante la realización del grado de enfermería, ni en las previas formaciones desempeñadas en el ámbito de la RCP, se desarrollaba el papel de la familia ante dicha situación crítica:

“[...] Eh.. además de la formación recibida en el grado de enfermería, realicé anteriormente otras formaciones en el ámbito de la resucitación y... no, ninguna de ellas, había ningún apartado respecto a la presencia de familiares, la gestión de las emociones en esos aspecto [...]”

Esta parte del discurso, concluye en la falta de disposición que tienen los distintos cursos en incluir a la familia como otro elemento predominante e importante, a saber abordar durante una situación como la RCP; aproximadamente un tercio de los profesionales de enfermería, a nivel extranjero, tan solo han recibido este tipo de preparación en FPDR.(5) En España, no hay estudios que indiquen la proporción aproximada de profesionales de enfermería en unidades de críticos/semicríticos con formación FPDR, pero los pocos artículos publicados, apuntan a que el 64% de enfermeros no están de acuerdo con la presencialidad de la familia durante la RCP (32); concepto que se halla directamente relacionado con la falta de formación, protocolos intrahospitalarios y la posición que sostiene el propio centro asistencial en base a dicho asunto. (2, 3, 4, 5, 8)

5.1.4 HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Uno de los puntos a destacar de este proyecto de investigación es el rol que emplea la familia. Por consiguiente, se consideró oportuno conocer la diversidad de valoraciones u opiniones entre el personal de enfermería, respecto a la participación y a la presencia de la familia durante los cuidados proporcionados al paciente crítico; con la intención de analizar si las respuestas eran consecuentes con su opinión sobre la FPDR.

Todos los entrevistados, coinciden con que la familia constituye un papel fundamental puesto que, son los cuidadores principales del paciente. Los tres enfermeros están de acuerdo con las puertas abiertas de la UCI, y también con la colaboración de los cuidados; cada uno de ellos aporta matices distintos como los que se expondrán a continuación.

El enfermero P.E.1 argumentaba la siguiente posición:

“Colaborar en los cuidados; por ejemplo, la UCI sin hablar en tiempos de Covid, la UCI el año pasado empezó el proyecto en 2019 de las puertas abiertas. Y estoy a favor, siempre y cuando no se entorpezcan los cuidados de enfermería, como el de los celadores, TCAE..., en sí a todo el equipo. Y esto lo encuentro muy bien, para que vean los cuidados que se le hace al familiar; es decir, pues que esté conectado a un respirador, que observen todo tipo de perfusiones y los medicamentos que lleva, la alimentación; en sí, para que entiendan el componente complejo que implica ese paciente en estado crítico.”

Los enfermeros P.E.2 y P.E.3, mantienen la misma posición; ninguno de ellos en su discurso respecto a la familia durante una situación de cuidados de enfermería, refieren ningún contrapunto con el término “entorpecer”.

P.E.2: *“Y tanto, yo creo que los pacientes que están acompañados y que están acompañados por cuidadores o familiares que son aptos para ello, mejoran antes que pacientes que están con cuidadores... que los ponen más nerviosos o están solos.” [...] “Sí, al final son los cuidadores principales aunque estemos nosotros allí.”*

P.E.3: *“Por supuesto, además de en la hospitalización, en la anamnesis inicial, sobre todo si el paciente está inconsciente o con las facultades cognitivas disminuidas. El acompañamiento del paciente durante el periodo de hospitalización eh, para mi es importantísimo la presencia de familiares ya que, el nivel de cuidados aumenta mucho.*

5.2 RCP

Este apartado comprende todo lo relacionado con el análisis del pensamiento en base a la RCP; fundamentalmente, se dividirá en 3 subcategorías que completará la visión del pensamiento que sostienen los profesionales de enfermería:

SUBCATEGORÍAS
PERSPECTIVA ENFERMERA SOBRE LA FPDR
EXPERIENCIA CON EL EQUIPO
OPINIÓN EN BASE A LA FAMILIA DURANTE LA RCP

5.2.1 PERSPECTIVA ENFERMERA SOBRE LA FPDR

Iniciando este apartado, a continuación se mostrará parte de las entrevistas, de los enfermeros entrevistados. En este caso, P.E.1 declaraba lo siguiente respecto si estaba a favor o en contra de la RCP, y el porqué de su respuesta:

“Estic a favor de que estiguin perquè..., doncs si tens un maneig o una consciència, o no sé com expressar-ho, o que si més no saps el que fas en aquell moment i domines la situació o ho intentes; [...]” “ A nivell personal crec que la

família realitza un dol totalment diferent, aquest dol de pèrdua implica que la família vegi que s'ha fet tot el possible, en cas que la situació hagi anat malament.”

Se proseguirá con el argumento del enfermero P.E.2:

“Bueno es que el problema es cuando un paciente inestable acude a nuestro servicio de urgencias por ejemplo o está en la calle... está en una situación que es bastante... dijésemos preocupante como para que la familia vea técnicas tan agresivas, como podría ser la intubación o el masaje cardiaco. Entonces creo que para el bienestar de la familia es mejor que no estén presentes, más que nada porque luego... hay traumas o malestares en la familia por ver técnicas agresivas. No es lo mismo ver cómo se sonda a un paciente que... que hacer una reanimación cardiopulmonar, claro.”

El enfermero P.E.3, defendía lo siguiente:

“Mi opinión actualmente es totalmente en contra de la presencia de familiares ante este tipo de situaciones... ya que, generan un estrés añadido al personal sanitario y podría dificultar la toma de decisiones y la buena actuación en estos casos.”

Tras tener la postura de cada uno de ellos en base al tema a estudiar, se quiso incidir en el porqué de su posición; es decir, cuál era el motivo por el que justificaban su opinión. Analizando cada intervención, surgen dos derivas claras, el enfermero P.E.1 tiene una idea positiva en base a la FPDR; y la argumenta, poniendo como premisa el duelo distinto que experimenta una familia cuando presencia una RCP o no, este concepto aparece en distintos artículos y estudios (26, 27, 28) y son los efectos psicopatológicos positivos que tiene observar esa situación.

Los enfermeros P.E.2 y P.E.3 justifican su coyuntura difiriendo en el bienestar de la familia, la dificultad en la toma de decisiones y en la problemática en la buena actuación, el estrés del personal sanitario y el trauma que puede causar en los familiares; este tipo de pensamiento, está muy extendido en la mayoría de profesionales sanitarios, siendo aproximadamente un 70% de personas que están de acuerdo con alguno de los motivos expuestos, y que se muestra y expone en el marco teórico. (29, 30, 32)

5.2.2 EXPERIENCIA CON EL EQUIPO

Respecto a la experiencia que vivieron junto al equipo, si la andanza de vivir una situación de RCP la recordaban caótica u ordenada; es una duda que tiene relación con el tipo de profesionales sanitarios que estaban en ese momento, si eran personas inexpertas o que suelen estar en otros servicios, o por lo contrario eran siempre o la mayor parte de las veces equipos con un alto nivel de abordaje y preparación ante este tipo de gravedad.

El enfermero P.E.1 destacaba:

“Depende de la situación...” [...] “Depende de la situación, en planta... pues a lo mejor no tienen el mismo manejo que la gente de aquí en urgencias, depende de muchos conceptos; todo dependerá de la situación y del líder de la situación. Me he encontrado ante situaciones caóticas... [...]”

Esta opinión no difería en demasía a la que mantenía el enfermero P.E.2; pero que, este último, en su discurso aportaba un punto más, aclarando que la RCP no es una técnica perfecta dejando entrever su postura negativa a la idealización mecánica que se realiza en ocasiones en el mundo sanitario, poniendo a un lado a la persona y a su historia:

“Ah bueno sí, por parte de enfermería depende. A veces sí que se ha tenido veteranos que han vivido 40 o 50 o más veces que tú y luego has tenido a gente que no ha visto ninguno. [...] no es como ir al médico o ir al taller y arreglar el coche; es que no estamos jugando a eso. Voy al médico, quiero que me ayude a salvar el problema que tengo, y que a veces por mucho que haga el médico o el equipo sanitario... eso también depende de tu salud. [...] que no hay RCP perfecta, para mí, [...]”

Es esencial este punto para entender cómo la dinámica del grupo o del equipo sanitario que está asistiendo una PCR, puede marcar una opinión u otra; según la bibliografía consultada, aquellas situaciones de RCP vividas con una experiencia negativa tienden al pensamiento de una posición totalmente contraria a la FPDR; y a su vez, esos instantes caóticos y críticos en personas con muy poca formación en el ámbito o con poca experiencia, deriva a ciertos puntos comentados como la inseguridad, problemas jurídico-legales, entre otros aspectos.

Los tres enfermeros entrevistados dijeron durante las entrevistas ciertas ideas y mensajes sobre cómo, desde su perspectiva y sus vicisitudes, explicaban el porqué

había un alto porcentaje, casi un 70% de profesionales sanitarios, en oposición con la FPDR. El enfermero P.E.1, refiere el miedo y posteriormente matiza como inseguridad como el principal motivo de la negativa; mientras que el enfermero P.E.2, sin ser expuesto a la misma pregunta que su compañero, durante otra cuestión expone que el nerviosismo de la situación que provocaría tener a la familia; y el enfermero P.E.3 apunta al estrés del personal sanitario que deriva la presencia de la familia, y esa presión, a su vez, hace que se complique tanto la toma de decisiones como la buena praxis.

5.2.3 OPINIÓN EN BASE A LA FAMILIA DURANTE LA RCP

Para finalizar la categoría de la RCP, queda por analizar un último aspecto que implica que los enfermeros hagan un ejercicio de reflexión, a partir de la interrogación que se expondrá a continuación: “¿Crees que a las familias, si les preguntáramos de presenciarse la RCP, aceptarían?”. Es una cuestión que pretende hacer pensar sobre un derecho, según indica la Guía del 2015 del European Resuscitation Council como un derecho fundamental que tienen las familias en asistir a la RCP; y que en reiteradas ocasiones, ante este tipo de circunstancias no se da a escoger a los acompañantes (1, 2). A continuación se mostrarán las respuestas por parte de los entrevistados:

P.E.1: “Yo creo que sí, por la cultura que tenemos y que somos mucho de familia; crec que sí, però ja serà decisió de que se’ls hi pot oferir... Realment es estar al seu costat els seus últims moments de vida, si va bé no, però si va malament es estar al costat seu els últims moments.” [...] “A mi, sí que m’agradaria estar.”

P.E.2: “Yo creo que no, porque... porque estás viendo sufrir al paciente o desconecta o... [...] no es una cosa que.. no es como un... voy a ver cómo le ponen la vía a mi marido o voy a ver cómo le ponen la sonda... Bueno, vale; pero que no me haga una parada cardiorrespiratoria eh, ni ver cómo estamos ahí intentando intubar, intentado poner vías, haciendo el masaje cardíaco. [...] Si ya en una crisis de ansiedad... una persona se te tira encima porque dice... se está muriendo mi mujer o mi... marido o mi hijo; y ya está encima tuyo y te agobias, pues imagínate en una parada. No... no es algo que sea muy bonito.”

P.E.3: “[...] hay muchos, muchos tipos de personas; es más, aun viendo inicialmente una persona tranquila y demás, no sabes nunca cómo puede reaccionar ante situación tal. A términos generales, aunque no tenga la experiencia suficiente, pero creo que se debería de manera preventiva de mm...

separar a los familiares que puedan acompañar al paciente en ese momento de dicha situación. Ya digo, por miedo a como reaccione y que se interponga en la actuación de los sanitarios mmm... mil cosas.”

Hay que destacar que el enfermero P.E.2 vivió y presenció directamente la RCP de su madre en un medio IH, como rol de familiar directo; por ello, durante sus intervenciones, hay que destacar su ímpetu o manera de desarrollar las respuestas a partir de lo que fue para él una situación traumática. A pesar que en la anterior respuesta, espeta el miedo o el nerviosismo en la intervención desesperada de la familia durante la reanimación; el relato como lo vivió difiere totalmente de su actuación como acompañante, de esta manera:

“Yo personalmente, a mi madre le pasó y... la entraron dentro. Yo la vi cómo se estaba parando, bueno estaba parada vamos; y no es una cosa que... que yo me colapsé, yo me quedé parado, no sabía qué hacer.”

El enfermero P.E.3, de las 4 PCR en las que participó, una de ellas fue en una residencia de ancianos, donde el hijo de la paciente sufrió una PCR; la RCP se realizó presenciada y expone la experiencia tal que así:

“Respecto a la actitud que adoptó el familiar, adoptó una actitud totalmente pasiva, se apartó, nos dejó actuar, eh... no molestó para nada, no preguntó nada, simplemente estuvo ahí mirando, observando y nada más. [...] el familiar solo tenía palabras de agradecimiento y tristeza por ver que su familiar se deterioraba poco a poco. También creo resaltar en este apartado que... tal vez las palabras de agradecimiento y la tranquilidad, entre comillas, que mostró el familiar a posteriori de la parada, está totalmente relacionada con que la paciente obtuvo pulso y respiración espontánea, vamos que la sacamos de la parada, digo yo.”

Esta experiencia tampoco se asemeja a la postura que sostiene, cuando justifica por qué no está de acuerdo con la FPDR; son situaciones que no son equiparables, y tanto el enfermero P.E.2 y P.E.3, sus experiencias o su manera de actuar en según qué circunstancias, no se ajustan a una justificación basada en la causa - efecto.

6 CONCLUSIONES

Tras la realización, de manera completa y transversal del proyecto de investigación, se obtuvieron dos opiniones contrarias a la FPDR de las tres entrevistas totales ejecutadas; esta distribución, aunque no pueda extrapolarse a una generalidad por el tipo de estudio y muestra escogida, si que ratifica lo que los estudios y la epidemiología apunta sobre el tema, y es el mayor porcentaje de profesionales sanitarios que mantienen una postura opositora a la presencialidad de la familia durante la RCP. Esta actitud se puede relacionar directamente con la experiencia profesional y el nivel de formación hecho posteriormente al finalizar los estudios universitarios; al enfermero dedicado también al SEM, con vivencias de RCP extrahospitalarias y con el acúmulo de cursos encarados al área crítica, mantiene una actitud y una visión de la práctica de la RCP muy distinta a la de sus otros dos compañeros.

Los argumentos utilizados de los entrevistados para defender su premisa respecto al tema, son semejantes a los expuestos durante todo el trabajo; el enfermero que estaba a favor de la FPDR, argumentaba los beneficios que sobrevenían en la familia poder contemplar esa situación, incluyendo el elemento del duelo en su discurso; mientras que los otros dos enfermeros que no estaban de acuerdo con el tema de estudio, relataban el miedo a la interferencia de la familia, las represalias legales y el temor al daño psicológico que pueda causar observar ese momento crítico. Este tipo de opiniones negativas expresadas pueden relacionarse directamente con la falta de formación o reciclaje proporcionadas por las instituciones hospitalarias y con el tipo de preparación que ofrecen los cursos en el área crítica, posteriores a los estudios universitarios, donde la familia pasa a ser levemente o superfluamente mencionada o tratada, tanto en la teoría como en la práctica; a este simpas se añade lo comentando en el párrafo anterior, como es la experiencia profesional y las vicisitudes acontecidas.

Hay que destacar que uno de los enfermeros contrarios al tema de estudio de este trabajo, durante su labor en una residencia, tuvo que realizar una maniobra RCP a un paciente mientras un familiar directo presenciaba el momento; en este caso, el profesional comenta que en ningún momento el allegado interfirió en la técnica y al resucitar al paciente, el familiar se mostró muy agradecido. Esta experiencia positiva, según la bibliografía, debería de haber ayudado a que el enfermero mostrara una actitud o una visión algo más positiva de la FPDR; pero utilizaba como argumento justificatorio el que era un paciente muy mayor y que, posiblemente, en el caso de haber acabado falleciendo, no hubiese acabado todo de la misma manera. Por ese motivo, se observa

que las experiencias positivas no son suficientes como para cambiar la tendencia del pensamiento.

Los familiares, durante la hospitalización del paciente, mantienen un papel muy importante en la mejoría de su estado de salud. Su acompañamiento y la participación en los cuidados de enfermería, aumentan la calidad de vida del paciente; por ello, durante la realización del marco teórico, se sobrevino un aspecto fundamental a la reflexión, que consistía en el porqué los profesionales de enfermería podían estar, en su mayoría, de acuerdo con los distintos proyectos de humanización de los cuidados críticos y semicríticos, pero en un aspecto como el de una RCP existía ese rechazo; por ello, se procedió a incorporar alguna pregunta relacionada con ese aspecto, en el que se obtuvo que por parte de los tres entrevistados estaban a favor de las “puertas abiertas” en dichas unidades, pero sin que interfiriera la familia en demasía. Este último concepto es importante remarcarlo; ya que la cultura sud-occidental europea, por la que España se caracteriza, la familia se ve inmersa como un pilar fundamental en la cotidianidad, y entender el porqué por parte de enfermería existe esa tendencia al alza a la oposición de la FPDR que es importante de entender.

Otro aspecto a destacar es el prejuicio que existe al pensar que la familia no va a querer estar o presenciar la RCP; es una cuestión a la que se sometieron los entrevistados, y aquellos enfermeros en posición contraria presuponían que la familia no querría estar, o bien porque uno de los enfermeros vivió como un familiar cercano padeció una PCR o por pensar que en el caso que la maniobra RCP fuera fallida, los familiares interpondrían demandas o problemas jurídico-legales.

Tras la realización de este trabajo, se ha observado la ferviente necesidad de crear políticas y protocolos a nivel asistencial para poder adaptar a las familias dentro de una situación de RCP. Este cambio de pensamiento, también depende de la formación en cómo se imparta y en la manera en cómo se incluye a la familia, como uno de los elementos principales en el abordaje del paciente; teniendo en cuenta que nuestra cultura, y sobretodo la hospitalaria, es muy distinta a la de otros países.

7 BIBLIOGRAFÍA

1. EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) Sección 1: Resumen Ejecutivo. [citado 11 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
2. Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review [Internet]. Vol. 28, Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd; 2019 [citado 10 de octubre de 2020]. p. 32-46. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/30129259/>
3. Ramírez C, Elvira. PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: PERSPECTIVAS DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES DE LA SALUD DEL PAÍS VASCO. Rev Ene Enfermería [Internet]. 27 de marzo de 2019 [citado 11 de octubre de 2020];13(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
4. Dewitt S. Should Family-witnessed Resuscitation Become Our Standard? J Emerg Med [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 10 de octubre de 2020];49(4):500-2. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/26099911/>
5. Powers KA. Family Presence during Resuscitation: The Education Needs of Critical Care Nurses. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];37(4):210-6. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/29847433/>
6. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar [Internet]. [citado 12 de octubre de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000800006
7. Jordahl E, Hyde YM, Kautz DD. Overcoming resistance to family-witnessed resuscitation. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 2015 [citado 10 de octubre de 2020];34(6):317-20. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/26436295/>

8. Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care* [Internet]. 2014 [citado 11 de octubre de 2020];23(6):e88-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/25362679/>
9. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 10 de octubre de 2020];49(2):127-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/28103419/>
10. El Proyecto OHSCAR [Internet]. [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cercp.org/noticias/proyecto-ohscar-new>
11. REMI: REMI 2154. Resultados del registro europeo de parada cardiaca extrahospitalaria. Proyecto EuReCa ONE [Internet]. [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2016/08/2154.html>
12. Ver el Abstract - Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/ver-abstract/variabilidad-regional-en-incidencia-caractersticas-generales-y-resultados-finales-de-la-parada-cardiaca-extrahospitalaria-en-espaa-registro-ohscar/>
13. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española [Internet]. *SciELO.isciii.es*. 2011 [citado 1 diciembre 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/original1.pdf>
14. Rojas V. Humanización de los Cuidados Intensivos [Internet]. 2019 [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864019300240?token=3495B2A9E800C89702E6F695D4A34E2622D606ADE84D602280F44D1DD136920DECE018E2AFFDBB686EE681A097F6823C>
15. Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE—27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 1 de agosto de 2016;105:188-95.

16. López Messa JB. Mejorar la supervivencia de la parada cardiaca intrahospitalaria - Noticias médicas - IntraMed [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=80124>
17. López Messa JB, Prieto González M, Cuenca Rubio C, Alonso Fernández E. Situación de la Parada Cardiaca Intra-Hospitalaria (PCIH) en España [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://privada.semicyuc.org/sites/default/files/situacion_de_la_parada_cardiaca_int-ra_hospitalaria_en_espana_v_1.1.pdf
18. Perales N, De Viguri R. UNA ESTRATEGIA PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ANTE LA PARADA CARDIACA Nuestra propuesta de un sistema para salvar vidas y disminuir discapacidades Frutos del Nogal Sáez PRESIDENTE DEL CONSEJO ESPAÑOL DE RCP. 2019.
19. Laura García-Martínez A, Meseguer-Liza C. Artículo de Revisión Actitudes de enfermeras de urgencias ante el concepto de reanimación presenciada. [citado 14 de diciembre de 2020]; Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
20. Citolino Filho CM, Santos ES, Silva R de CG, Nogueira L de S. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: Perception of nurses. Rev da Esc Enferm [Internet]. 2015 [citado 14 de diciembre de 2020];49(6):907-13. Disponible en: www.ee.usp.br/reeusp
21. Fernandez P. Cuestionario para evaluar la importancia de la familia en los cuidados de enfermería. Validación de la versión española (FINC-NA) [Internet]. Scielo.isciii.es. 2015 [citado 18 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n1/original3.pdf>
22. Canga A, Esandi N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería [Internet]. Scielo.isciii.es. 2016 [citado 18 de Noviembre 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016
23. Bernal Ruiz D, Horta Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada [Internet]. 29 de agosto 2014 [citado 30 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314709285>

24. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units [Internet] 2009 [citado 30 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19411580/>
25. Oliva Mederos J. LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTENSIVA: LA POSICIÓN DE LAS ENFERMERAS DE UCI FRENTE AL ASPECTO HUMANO DEL CUIDADO INTENSIVO [Internet]. Riull.ull.es. 2017 [citado 15 de enero de 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5357/La%20humanizacion%20de%20los%20cuidados%20de%20enfermeria%20intensiva%20la%20posicion%20de%20las%20enfermeras%20de%20UCI%20frente%20al%20aspecto%20humano%20del%20cuidado%20intensivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Albarran J, Moule P, Bengler J, McMahon-Parkes K, Lockyer L. Family witnessed resuscitation: The views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the experience of resuscitation survival. Resuscitation [Internet]. septiembre de 2009 [citado 29 de noviembre de 2020];80(9):1070-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19592150/>
27. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. N Engl J Med [Internet]. 14 de marzo de 2013 [citado 15 de diciembre de 2020];368(11):1008-18. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1203366>
28. Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, Borron SW, Belpomme V, Jacob L, et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-Year assessment. Intensive Care Med [Internet]. 2014 [citado 29 de noviembre de 2020];40(7):981-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24852952/>
29. Walker W. Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: Critical literature review [Internet]. Vol. 61, Journal of Advanced Nursing. J Adv Nurs; 2008 [citado 29 de noviembre de 2020]. p. 348-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18234033/>
30. Demir F. Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: Physicians' and nurses' opinions. J Adv Nurs [Internet]. agosto de 2008 [citado 29 de noviembre de 2020];63(4):409-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18727768/>

31. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: A cross-sectional study. *J Adv Nurs* [Internet]. 1 de noviembre de 2015 [citado 9 de enero de 2021];71(11):2595-608. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/26222225/>
32. Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Enferm Intensiva* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 31 de diciembre de 2020];28(4):144-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/28633761/>
33. Gomes BD, Dowd OP, Sethares KA. Attitudes of community hospital critical care nurses toward family-witnessed resuscitation. *Am J Crit Care* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 9 de enero de 2021];28(2):142-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/30824519/>
34. Ujaen.es. [Internet]. 2021 [citado 14 enero 2021]; Disponible en: http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/dise_fenomenologico.html
35. BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boe.es. 2021 [citado 14 enero 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>

8 ANEXOS

8.1 ANNEXO 1



Ilustración 1 [Extraído de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240>]

8.2 ANNEXO 2

- Guión de preguntas:

Contexto:

- ¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo la profesión de enfermera/o?
- ¿Has tenido la oportunidad de trabajar en una unidad de pacientes críticos?
Si es así, ¿por cuánto tiempo?
- ¿Alguien de su entorno cercano ha precisado la realización de las maniobras RCP?
- ¿Estás a favor o en contra de la presencia de los familiares durante una situación crítica como es la PCR? ¿Porqué?

Familia:

- ¿Consideras importante y primordial el papel de la familia durante el periodo de hospitalización del paciente?
Si es así, podrías explicarme qué rol emplea, según tu punto de vista.
- ¿Estás a favor de la humanización de los cuidados críticos, y a su vez, de la participación de la familia en según que prácticas de enfermería? ¿Qué piensas sobre la opinión que sostienen parte de los profesionales de enfermería, respecto a la sobrecarga de trabajo que implica la participación de las familias, y el miedo a represalias legales?
- ¿Consideras que los pacientes obtienen beneficios gracias a la participación e integración de sus familiares en los cuidados?

Formación:

- Durante tu formación académica, o en el caso de haber realizado postgrados o masters en relación a la intervención inmediata de enfermería durante situaciones críticas; ¿os formaron en la práctica teniendo en cuenta a la familia presente durante cualquier tipo de actuación inmediata y de riesgo?
- ¿Recuerdas cuándo fue la última vez que, la propia institución, te ofreció un curso de reciclaje relacionado con el abordaje de la RCP avanzada?
- ¿Piensas que la población está suficientemente preparada o formada para llevar a cabo las maniobras de RCP ante un posible caso de PCR?

Parada Cardio Respiratoria y Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar:

- ¿Has presenciado a lo largo de tu experiencia alguna Parada Cardiorespiratoria (PCR)?

Si es así, ¿cuántas maniobras RCP has realizado? (que comente si ha sido siempre con el mismo equipo o con otros integrantes)

¿Fueron profesionales con experiencia en el paciente crítico o personal nuevo derivado de otras plantas?

- La experiencia con el equipo, durante la/s reanimación/es, ¿como la/s recuerda/s? (intentar que opine si fue caótica u ordenada, si faltaba liderazgo, ...)

Si fue una experiencia negativa, ¿que hubieses cambiado, para mejorar la situación?

Presencia de la familia durante la RCP:

- ¿Consideras que la familia del paciente, con posible PCR, está dispuesto a presenciar dicho acontecimiento?

En relación a la pregunta anterior, ¿has preguntado alguna vez si la familia estaba dispuesta a presenciar la RCP? ¿Crees que al no preguntarlo, se hace pensando en el beneficio de la familia o por las posibles consecuencias administrativas/judiciales o multas/sanciones y la reacción negativa de la familia ante el momento?

- ¿Te has planteado alguna vez, que debe de sentir o cómo debe de vivir la familia del paciente ajena y apartada, durante una situación de RCP?

¿Qué reflexión extraes? ¿Crees que entre dejar presenciar y no una RCP, es más contraproducente que la familia observe dicha situación?

- ¿Piensas que es beneficioso y positivo para la estabilización hemodinámica del paciente, en estado de PCR; la presencia de sus familiares e incluso de la propia participación de los mismos, durante las maniobras de RCP?
- ¿Crees que supondría una carga para los profesionales sanitarios que estén asistiendo a la PCR?
- Para concluir, ¿estarías a favor o en contra de la presencia de los familiares durante una situación crítica como es la PCR?

8.3 ANNEXO 3

- Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante, somos Amanda Perucho Baldoví y Ana Isabel Fabregat Barrieras, estudiantes de 4to de enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Actualmente, nos encontramos llevando a cabo el Trabajo de Fin de Grado; el cual tiene como objetivo, analizar las opiniones que aguardan los profesionales de enfermería respecto a la presencialidad de las familias durante la reanimación cardiopulmonar.

Usted ha sido invitado a participar en este estudio. A continuación, se expondrá la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si querrá participar.

Si usted accede a realizar esta entrevista, su participación consistirá en responder a una serie de preguntas que le formularé, grabando en todo momento sus respuestas mediante un dispositivo multimedia. A lo largo de la investigación, se verán implicadas un máximo de 3 personas. Cada una de estas entrevistas consta de 40 minutos mínimo.

Conforme la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, la participación en este estudio es completamente anónima, y las investigadoras mantendrán la confidencialidad en todos los documentos; pero, si usted quiere ceder sus derechos de imagen y/o que su nombre aparezca en el estudio; a continuación, encontrará una casilla para aceptar esta condición.

Todo el material conseguido será destruido una vez se entregue este trabajo en papel a los responsables académicos. También, obtendrán una copia vía correo electrónico del propio estudio, como agradecimiento por haber participado en esta investigación.

Si usted tiene preguntas sobre la participación en este estudio puede comunicarse con las responsables del estudio Amanda Perucho Baldoví y Ana Isabel Fabregat Barrieras, estudiantes de 4to de enfermería de la URV al correo anaisabel.fabregat@estudiants.urv.cat y/o amanda.perucho@estudiants.urv.cat

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con DNI
 acepto participar voluntariamente en el Trabajo de Fin de Grado (TFG), dirigido por Amanda Perucho (20498685G) y Ana Isabel Fabregat (21705408D), responsables del estudio, alumnas de 4to de enfermería de la URV.

Declaro haber estado informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a esto, acepto responder a las preguntas propuestas por el investigador y a ser grabado en audio como objetivo para analizar las respuestas en base a la opinión que sostienen respecto a la presencialidad de la familia durante la maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Declaro haber estado informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro por la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar; o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir ninguna sanción.

La participación en este estudio es completamente anónima, y las investigadoras mantendrán la confidencialidad en todos los documentos. No obstante esto, si usted quiere ceder sus derechos y que su nombre aparezca en el estudio; a continuación, encontrará dos casillas las cuales habrá de marcar según su preferencia:

SÍ NO Acepto que mi nombre aparezca en este estudio.

Este documento se signa en dos ejemplares, quedando una en poder de cada una de las partes.

Nombre del entrevistado/a _____ **Firma** _____

Nombres de las entrevistadoras _____ **Firma** _____

En....., día..... de 2021

Cualquier pregunta que desee hacer, podrá contactar con Amanda Perucho Baldoví y Ana Isabel Fabregat Barrieras.

Correo electrónico: anaisabel.fabregat@estudiants.urv.cat
amanda.perucho@estudiants.urv.cat

8.4 ANNEXOS 4

ENTREVISTA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 1

P.E.1: Hola, sóc infermer del servei d'urgències del Hospital Universitari Sant Joan de Reus i també realitzo de forma eventual guàrdies al SEM; a nivell acadèmic estic..., bueno vaig acabar la carrera al 2007, i des de llavors fins a l'actualitat he intentat anant formant-me; tinc el postgrau d'atenció prehospitalària urgent de la URV, tinc el màster d'urgències hospitalàries de Bellvitge, un... postgrau del pacient politraumàtic del Parc Taulí, un curs d'extensió universitària de cardiologia de la URV, un altre curs on-line d'extensió universitària d'urgències en pediatria... I bueno, i després cursos, intento tindre cursos actualitzats de RCP bàsica, més bé sóc instructor de RCP bàsica i DEA; així com a important tinc el PHTLS que es el Politraumatic Extrahospitalari i després intento tindre actualitzats cursos de RCP, de... maneig de la via aèria, electrocardiogrames, etc.

Entrevistadora: Vale, muy bien. (risas) Voy a comenzar con las preguntas; ¿estás a favor o en contra de la presencia de familiares durante una situación crítica, como es la RCP?

P.E.1: A favor.

Entrevistadora: Explícame un poco el porqué de tu respuesta.

P.E.1: Estic a favor de que estiguin perquè..., doncs si tens un maneig o una consciència, o no sé com expressar-ho, o que si més no saps el que fas en aquell moment i domines la situació o ho intentes; a nivell personal crec que la família realitza un dol totalment diferent, aquest dol de pèrdua implica que la família vegi que s'ha fet tot el possible, en cas que la situació hagi anat malament.

Entrevistadora: Es curioso..., porque haces referencia a una conclusión que sostienen muchos artículos de base teórica respecto al tema; la presencialidad de la familia hace que el duelo lo vivan de manera distinta. Así que me alegro que hayas hecho esta aportación.

P.E.1: Vull afegir una cosa al respecte; sempre i quan la família no interfereixi dintre de la situació... Això per exemple a extrahospitalaria, jo he après o són coses que es queden com un aprenentatge que va més enllà, i es que quan una situació no va bé

durant el maneig de la RCP, tu ja vas mentalitzant a la família, tot i que continues amb la maniobra, tu ja vas dient que per exemple: "... té x edat, el cor ja no és el d'un noi jove..., ja veus que estem fent tot el possible o aquest cor encara no acaba d'arrancar"; podem dir que ja anem encarant aquesta pèrdua o aquest dol. I la sensació que hem dona, sense cap estudi ni res, és que fan un dol anticipat.

Entrevistadora: Muy bien... ¿Cuántas RCP, aproximadamente, crees que has realizado o has podido presenciar durante tu experiencia profesional?

P.E.1: ¿A nivell hospitalari?

Entrevistadora: Sí

P.E.1: Uf, no sabría qué decirte, pero unas cuantas; esto la estadística sí que te lo dice, muchas veces a nivel extrahospitalario te encuentras muchas más... y que a nivel intrahospitalario es un entorno más seguro, el paciente ya ves que es previsible que se pare y ya actúan para llevarlo o a la UCI o para hacer otro tipo de abordaje..., las paradas en planta son mínimas porque ya se inicia un tratamiento, ... Y aquí a nivel hospitalario tendrás por ejemplo una parada al mes y que te coincida con tu turno, o una cada dos meses... Esta situación también en época de la Covid-19 es distinta.

Entrevistadora: Eh..., ¿Qué papel consideras que tiene la familia durante el proceso de hospitalización de un paciente crítico?

P.E.1: Colaborar en los cuidados; por ejemplo, la UCI sin hablar en tiempos de Covid, la UCI el año pasado empezó el proyecto en 2019 de las puertas abiertas. Y estoy a favor, siempre y cuando no se entorpezcan los cuidados de enfermería, como el de los celadores, TCAE..., en sí a todo el equipo. Y esto lo encuentro muy bien, para que vean los cuidados que se le hace al familiar; es decir, pues que esté conectado a un respirador, que observen todo tipo de perfusiones y los medicamentos que lleva, la alimentación; en sí, para que entiendan el componente complejo que implica ese paciente en estado crítico.

Entrevistadora: Muy bien... Durante tu formación académica, hablando tanto de la universidad como de tus posteriores estudios relacionados con el abordaje del paciente crítico, en especial la formación en RCP; ¿te enseñaron o incluyeron en la práctica de RCP en algún momento a la familia para saber abordarla o lo aprendiste con la experiencia?

P.E.1: Esto lo he aprendido con la experiencia...

Entrevistadora: (interrumpe)... es decir, que tras todos los cursos posteriores y el reciclaje que has hecho de esta maniobra; ¿en ningún momento te han enseñado a saber llevar una RCP teniendo presente a la familia?

P.E.1: Te lo enseñan en RCP avanzada, hay un apartado que te lo enseñan a lo mejor cómo transmitirlo a la familia; luego que la familia esté contigo durante este proceso no, es a base de la experiencia y... también la seguridad que puedes sentir en uno mismo. Nuestra profesión trata de aprender día tras día, pero supongo también que esta seguridad que vas aprendiendo, la experiencia te da un poco más de... estabilidad, seguridad en situaciones críticas. Pero también esta seguridad te la da integrada todos los miembros del equipo, todos tienen que ir a una y el líder tiene que tener los conceptos muy claros; yo porque esté a favor de la presencialidad de la familia, la última decisión la tendrá el líder.

Entrevistadora: Perfecto, después volveremos a ese tema. Te preguntaré otra cosa sobre la formación, ¿tú recuerdas cuándo fue la última vez que el hospital os ofreció un reciclaje en RCP avanzada?

P.E.1: De RCP avanzada en adulto en el hospital... hace muchos años. En pediatría sí que cada año o cada dos años se está ofreciendo; ya sea de intermedio o el avanzado a nivel pediátrico. Eh... a nivel básico también, aunque mi formación muchas veces ha sido externa, y ahora que soy instructor lo he hecho fuera del hospital. Y en RCP avanzada en adultos, realmente hay pocos cursos a nivel intrahospitalario.

Entrevistadora: Muy bien. Cuando has hecho una RCP intrahospitalaria... el equipo que te ha acompañado, ¿consideras que estaba suficientemente preparado? Es decir, ¿tenían cierta formación y rodaje en cuidados críticos o eran compañeros en su mayoría derivados de otras plantas ajenas?

P.E.1: Depende de la situación...

Entrevistadora: La mayor parte de las veces.

P.E.1: Depende de la situación, en planta... pues a lo mejor no tienen el mismo manejo que la gente de aquí en urgencias, depende de muchos conceptos; todo dependerá de la situación y del líder de la situación. Me he encontrado ante situaciones caóticas...,

cuando hablamos del paciente crítico, que es es el paciente que se puede llegar a parar, y para eso hay una escala de valoración; aquí en el hospital empezó a utilizarse antes del covid-19, un proyecto en “Curta estada en cirugía”, y si esta escala daba un valor de “x” subía un equipo de UCI para que valorara al paciente y anticiparse a este tipo de situaciones.

Entrevistadora: ¿Tú crees que si le dieras la opción a la familia a presenciarse... la RCP, aceptarían?

P.E.1: Eso sería decisión suya.

Entrevistadora: Pero, por lo general, si tu dieras la opción, ¿crees que la familia estaría predispuesta a presenciarse?

P.E.1: Yo creo que sí, por la cultura que tenemos y que somos mucho de familia; crec que sí, però ja serà decisió de que se'ls hi pot oferir... Realment es estar al seu costat els seus últims moments de vida, si va bé no, però si va malament es estar al costat seu els últims moments.

Entrevistadora: Y... porque crees...

P.E.1: A mi, sí que m'agradaria estar.

Entrevistadora: ¿Y porque crees que hay tanta opinión negativa respecto a este tema? Matizo la pregunta, ¿por qué crees que los profesionales de enfermería tienen tanta recidiva sobre este tema? Ya sea por temas legales, etc.

P.E.1: Supongo que existe ese miedo... el miedo a no hacerlo bien...

Entrevistadora: ¿te refieres a la inseguridad?

P.E.1: Exacto, a la inseguridad, eso mismo.

Entrevistadora: Hasta aquí la entrevista, muchísimas gracias por la participación y por la entrevista que has hecho.

ENTREVISTA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 2

Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo de enfermero?

P.E.2: Pues llevo desde el año 2010, en junio del año 2010.

Entrevistadora: Por lo tanto son.. 11 años.

P.E.2: Exacto, van a hacer 11 años.

Entrevistadora: A la pregunta, si has ejercido alguna vez enfermero de pacientes críticos..., evidentemente sí...

P.E.2: Pues sí, llevo de 3 para 4 años en la zona crítica.

Entrevistadora: Zona crítica incluye urgencias y UCI ¿verdad?

P.E.2: Bueno incluye neonatos... también incluye salas de partos, también incluye lo que son pruebas especiales como el TAC entre otras cosas que se hacen cuando un paciente no está bien.

Entrevistadora: Muy bien, ¿estás a favor o en contra de la presencia de los familiares durante una situación crítica como es la RCP?

P.E.2: Bueno es que el problema es cuando un paciente inestable acude a nuestro servicio de urgencias por ejemplo o está en la calle... está en una situación que es bastante... dijésemos preocupante como para que la familia vea técnicas tan agresivas, como podría ser la intubación o el masaje cardiaco.

Entonces creo que para el bienestar de la familia es mejor que no estén presentes, más que nada porque luego... hay traumas o malestares en la familia por ver técnicas agresivas. No es lo mismo ver cómo se sonda a un paciente que... que hacer una reanimación cardiopulmonar, claro.

Entrevistadora: Muy bien. Ahora te voy a preguntar cosas sobre la familia, ¿vale?

P.E.2: Ehem.

Entrevistadora: ¿Consideras importante y primordial... el papel de la familia durante el periodo de hospitalización del paciente?

P.E.2: Y tanto, yo creo que los pacientes que están acompañados y que están acompañados por cuidadores o familiares que son aptos para ello, mejoran antes que pacientes que están con cuidadores... que los ponen más nerviosos o están solos.

Entrevistadora: ¿Crees que desempeñan algún rol?

P.E.2: Sí, al final son los cuidadores principales aunque estemos nosotros allí.

Entrevistadora: Y... ¿estás a favor de la humanización de los cuidados críticos?

P.E.2: Bueno... Yo creo que se intenta hacerlo, porque al final implicas también al paciente a que se deje realizar diferentes técnicas en momentos puntuales de su estado.

Entrevistadora: ¿Crees que la familia puede llegar a ser una carga para los profesionales de enfermería, por ejemplo en una unidad de cuidados intensivos?

P.E.2: Bueno... Está estipulado horarios sobretodo en adultos... horarios en los que el paciente pueda estar con la familia, aunque están sedados o sedoanalgesiados; pero si que es verdad que necesitan verles y... y el problema es que... que pues eso, que la familia es importante pero creo que también ellos (pacientes) necesitan su tiempo para recuperarse solos. Es importante, claro que es importante, es una pieza fundamental la familia; sobretodo familias que apoyan y están cuidando al paciente, han de ser ellos los cuidadores principales, como he dicho antes.

Entrevistadora: Perfecto. ¿Consideras que los pacientes obtienen beneficios gracias a la participación de los pacientes en sus cuidados?

P.E.2: Hombre, más que un familiar conocer a esa propia persona no la conocemos nosotros. Nosotros al final empleamos un rol en los que cuidamos a todos, tanto al paciente como a la familia por igual. La familia al final... es lo que te decía, son el cuidador principal, saben como les gusta que se les hagan las cosas... saben cómo quieren que les cuiden... saben en qué posición duermen... Nosotros partimos del punto del cuidado, pero... más que un familiar que lo haga bien... no hay nadie.

Se nota eh cuando un paciente está solo o está acompañado de una persona importante para él; pero ahora con el tema del covid es más complicado. Pero hay pacientes que sus familias se confinan con ellos, y... les cuidan, es así.

Entrevistadora: Vale, tema formación. ¿Después de acabar la carrera... has realizado algún tipo de... postgrado, algún máster relacionado con los cuidados intensivos, buenos cuidados críticos así en general?

P.E.2: Bueno, solo tengo uno y... la verdad que me gustaría hacer más.

Entrevistadora: Vale, ¿tu institución hospitalaria te ha ofrecido algún curso de reciclaje de RCP avanzada?

P.E.2: Si... Aquí suelen hacer cursos, ahora ya no por el tema del covid se ha estancado todo un poco; pero suelen hacer los 3 tipos de RCP, la básica, la intermedia y la avanzada...

Entrevistadora: ¿Pero en adultos o en pediatría?

P.E.2: En pediatría también lo hicieron.

Entrevistadora: ¿Y cuándo fue el último que hiciste?

P.E.2: Pf me parece que fue el año pasado.

Entrevistadora: Vale...

P.E.2: En pediatría hicieron... uno muy chulo.

Entrevistadora: En algún momento te han enseñado, durante la RCP, ¿tener a la familia al lado? Es decir, ¿sobrellevar una situación de este tipo con la familia?

P.E.2: A nivel intrahospitalario no. Sería un caos y ya somos muchos; y a nivel extrahospitalario... dudo mucho que alguien se quede mirando como su familiar está... bueno vamos yo no lo haría.

Entrevistadora: ¿Cuántas paradas cardiorrespiratorias has presenciado? Aproximadamente eh.

P.E.2: Pues... Pf... Pues a lo mejor más de 30. En planta a lo mejor unas 15 y aquí abajo más o menos otras 15.

Entrevistadora: Y... ahora te hago otra pregunta. ¿Crees que como enfermero, cuando ha sucedido una parada cardiorrespiratoria, tu equipo estaba formado por gente nueva? Es decir, ¿han tenido un rodaje antes en cuidados críticos?

P.E.2: Bueno...

Entrevistadora: ... ¿O era personal de una planta x y que bajaban puntualmente a urgencias?

P.E.2: Hay un protocolo en el hospital, que cuando hay una parada cardiorrespiratoria sea donde sea, se ha de llamar a un número y vienen intensivistas y viene anestesia. Entonces...

Entrevistadora: ¿Las recuerdas muy caóticas?

P.E.2: El problema es que sea una parada que... que no sepamos el momento en que se ha parado; y eso es importante.

Entrevistadora: Pero quiero decir, la reacción del equipo enfermero...

P.E.2: Ah bueno sí, por parte de enfermería depende. A veces sí que se ha tenido veteranos que han vivido 40 o 50 o más veces que tú y luego has tenido a gente que no ha visto ninguno. Es que no es algo que digas, hoy voy a ver 3 y mañana vamos a ver 4, no es como las técnicas habituales; es algo que sucede y muchas veces ha pasado en nuestro entorno; lo que pasa es que es importante saber cuando.

Es lo que te he dicho antes, no es como ir al médico o ir al taller y arreglar el coche; es que no estamos jugando a eso. Voy al médico, quiero que me ayude a salvar el problema que tengo, y que a veces por mucho que haga el médico o el equipo sanitario... eso también depende de tu salud. Nosotros no podemos estar tuyo diciéndote... "es que tienes que comer mejor, tienes que controlarte la tensión, es que tienes que tal y que cual..." ¿sabes? Claro, entonces por mucho que estemos haciendo una RCP perfecta; que no hay RCP perfecta para mí, para mi forma de verlo porque siempre hay alguna cosa que... que pasa; ese paciente no sabemos que ha hecho durante su tiempo. ¿Sabes? No viene todos los días al hospital para atenderlo; entonces..., nos tenemos que quitar el punto de somos como los mecánicos, viene el coche al taller, lo arreglamos, cambiamos las piezas y se va. Es un corazón que está dañado, que a lo mejor está lleno de... de colesterol y de triglicéridos... y lo único que puedes hacer es destaponar y... llevarlo a Joan 23 a ponerle un Stent y que vaya todo bien. Pero si tú no te has cuidado y no te han avisado, no sé..., yo creo que la educación viene con que el gobierno prohibiese pues todo lo que se come, pues toda la bollería, todas las patatas, todo; si empiezas con esta educación y la gente empieza a comer bien... si a ti tus padres te

enseñan a comer bien, tú vas a estar más sano; que luego hay otras patologías que son más...

Entrevistadora: ¿Tú crees que a las familias si les preguntáramos de presenciar ese momento, aceptarían?

P.E.2: Yo creo que no.

Entrevistadora: ¿Por qué?

P.E.2: Yo creo que no, porque... porque estás viendo sufrir al paciente o desconecta o... Yo personalmente, a mi madre le pasó y... la entraron dentro. Yo la vi como se estaba parando, bueno estaba parada vamos; y no es una cosa que... que yo me colapsé, yo me quedé parado, no sabía qué hacer. Y estaban los compañeros y le salvaron la vida, y gracias a dios está viva por ellos. Pero quiero decirte que... no es una cosa que.. no es como un... voy a ver cómo le ponen la vía a mi marido o voy a ver como le ponen la sonda... Bueno, vale; pero que no me haga una parada cardiorrespiratoria eh, ni ver cómo estamos ahí intentando intubar, intentado poner vías, haciendo el masaje cardíaco.

Yo no se lo recomiendo a nadie, muy mal tendrías que estar para hacer eso; además que a nosotros nos pone más nerviosos, porque esa persona no va a estar quieta mirando, esa persona va a estar encima tuyo quitándote las manos porque le estás haciendo daño. ¿Entiendes?

Entrevistadora: (Asiento).

P.E.2: Sí ya en una crisis de ansiedad... una persona se te tira encima porque dice... se está muriendo mi mujer o mi... marido o mi hijo; y ya está encima tuyo y te agobias, pues imagínate en una parada. No... no es algo que sea muy bonito. Claro, también podrías hacer el estudio y decir, ¿puede estar la familia bien viendo cómo están operando a su familiar? ¿Sería parecido, no? ¿Tu crees que una persona va a entrar a quirófano y va a ver... No es lo mismo que las parteras, que al final está el padre allí, o quién sea, y está viendo como nace un niño. No es algo bonito, a mi no me gustaría. Y ahora con el tema covid estamos más tranquilos, porque urgencias lleno y lleno de familiares... , allí no podías trabajar; gente fuera, moviéndose de un lado a otro, ... Era como si estuvieses en la rambla; y ahora hemos conseguido con este bicho que la gente esté fuera esperando, nosotros atendamos los pacientes bien y sin agobios.

Entrevistadora: Muchísimas gracias.

TFG

P.E.2: ¡Gracias a ti!

ENTREVISTA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 3

Entrevistadora: Vale, pues para empezar, ¿cuánto tiempo llevas ejerciendo la profesión de enfermero?

P.E.3: Pues en la unidad de críticos llevo trabajando 2 años.

Entrevistadora: Además de estar en UCI, ¿has estado alguna vez en urgencias?

P.E.3: Pues si... estuve trabajando en urgencias mmm... 3 años, en urgencias pediátricas y de observación.

Entrevistadora: ¿Estás a favor o en contra de la presencia de los familiares durante una situación crítica como es la RCP?

P.E.3: Mi opinión actualmente es totalmente en contra de la presencia de familiares ante este tipo de situaciones... ya que, generan un estrés añadido al personal sanitario y podría dificultar la toma de decisiones y la buena actuación en estos casos.

Entrevistadora: Vale, y... estando en contra de esta presencia, aun así, ¿consideras importante el papel de la familia durante el periodo de hospitalización del paciente?

P.E.3: Por supuesto, además de en la hospitalización, en la anamnesis inicial, sobre todo si el paciente está inconsciente o con las facultades cognitivas disminuidas. El acompañamiento del paciente durante el periodo de hospitalización eh, para mi es importantísimo la presencia de familiares ya que, el nivel de cuidados aumenta mucho.

Entrevistadora: Pero además del acompañamiento, ¿estás a favor, respecto a la participación de la familia en sus cuidados, en los cuidados del paciente?

P.E.3: En mi opinión, habría que analizar primero la capacidad y las competencias que pudiesen llegar a adquirir la familia... pero, a términos generales, creo que tener una persona a su cuidado 24 horas al lado de la cama, o la unidad del paciente, siempre es beneficioso además porque, el paciente puede tener un juicio de valor un poco distorsionado por la situación y su pérdida de salud. Pero ya te digo, habría que analizar sobretudo la capacidad de dicho familiar o acompañante para prestar cuidados, y eso debería ser función de la enfermería... debería no, debe ser.

Entrevistadora: Me parece una buena reflexión... Durante tu formación académica o en el caso de haber realizado postgrados o masters en relación a la intervención

inmediata de enfermería, durante situaciones críticas, ¿os formaron en la práctica, teniendo en cuenta la familia presente durante cualquier tipo de actuación inmediata o de riesgo, o en ningún apartado o tema eh... se relacionó a la familia?

P.E.3: Me parece muy buena pregunta. Eh.. además de la formación recibida en el grado de enfermería, realicé anteriormente otras formaciones en el ámbito de la resucitación y... no, ninguna de ellas, había ningún apartado respecto a la presencia de familiares, la gestión de las emociones en esos aspectos; por lo que sería un tema interesante a incluir en las nuevas formaciones, creo yo.

Entrevistadora: Sí, comparto mucho tu opinión, al fin y a cabo, durante el grado eh.. se hace hincapié con el tema de la familia, pero creo que con temas específicos como pueden ser cuidados ya en la UCI o temas como, la resucitación, bueno las maniobras de RCP eh.. como que no se hace hincapié en ello, y me parece interesante para el futuro, como cambiar esa perspectiva.

Entrando ya en el tema de las maniobras de RCP, ¿has presenciado a lo largo de tu experiencia como enfermero alguna parada cardiorrespiratoria?

P.E.3: Pues sí, eh... he tenido que presenciar cuatro paradas cardiorrespiratorias. Una, en una residencia de ancianos, en la que el hijo de la mujer que se paró estaba presente, y tres más en las unidades de críticos en las que no, no encontramos la presencia de familiares.

Entrevistadora: ¿Cómo se llevó a cabo la RCP con el familiar delante? ¿cómo fue el impacto para su hijo, para el familiar en este caso y también para el personal sanitario? ¿cómo se llevó todo a cabo?

P.E.3: A ver, varios aspectos a analizar. Eh... la actuación respecto al personal sanitario, eh... éramos yo y dos auxiliares de enfermería, por lo que lideré la actuación. Pedí a una auxiliar que trajese el... la bolsa reservorio, el ambú y la otra auxiliar se quedó conmigo empezando las maniobras. Abrí la vía aérea, eh... ver, oír y sentir, no escuché respiración alguna por lo que, ni siquiera tomé el pulso, además los signos clínicos objetivos de la paciente evidenciaban una parada cardiorrespiratoria por su palidez, mmm... ausencia de respiración y demás; empezamos las compresiones, treinta compresiones y dos insuflaciones con lo que apareció la segunda auxiliar, eh .., realizamos treinta compresiones más y al intentar insuflar a la paciente por segunda vez, vimos que se movió, había respuesta y respiración espontánea por lo que, detuvimos la

RCP, la colocamos en posición lateral de seguridad, comprobamos que tenía pulso, pero no estaba consciente. Por lo que, llamamos al médico, y la vigilamos. Respecto a la actitud que adoptó el familiar, adoptó una actitud totalmente pasiva, se apartó, nos dejó actuar, eh... no molestó para nada, no preguntó nada, simplemente estuvo ahí mirando, observando y nada más. A posteriori de la parada cardiorrespiratoria ya habiendo acudido el médico, aportándole el oxígeno suplementario que necesitaba en ese momento, y... la pasamos a la cama, en posición lateral de seguridad, eh.. habló con el familiar y el familiar solo tenía palabras de agradecimiento y tristeza por ver que su familiar se deterioraba poco a poco. También creo resaltar en este apartado que... tal vez las palabras de agradecimiento y la tranquilidad, entre comillas, que mostró el familiar a posteriori de la parada, está totalmente relacionada con que la paciente obtuvo pulso y respiración espontánea, vamos que la sacamos de la parada, digo yo.

Entrevistadora: Y en este caso, ¿supuso una carga para vosotros, los profesionales sanitarios, que estuvisteis asistiendo a la parada cardiorrespiratoria?

P.E.3: En aquella parada cardiorrespiratoria debido a la actitud pasiva del familiar, para mí, mi sensación fue que no, no dificultó las maniobras ni nada al respecto porque no se interpuso nuestra actividad. Lo que sí genera es, un nivel añadido de estrés al tener al familiar presente... Pero ya te digo, no interfirió en nuestra buena praxis, creo yo.

Entrevistadora: ¿Consideras que la familia del paciente estaría dispuesto a presenciar dicho acontecimiento? y si es así, ¿permitirías que presenciara las maniobras de RCP?

P.E.3: Creo que es una pregunta muy complicada porque mm... hay muchos, muchos tipos de personas; es más, aun viendo inicialmente una persona tranquila y demás, no sabes nunca cómo puede reaccionar ante situación tal. A términos generales, aunque no tenga la experiencia suficiente, pero creo que se debería de manera preventiva de mm... separar a los familiares que puedan acompañar al paciente en ese momento de dicha situación. Ya digo, por miedo a como reaccione y que se interponga en la actuación de los sanitarios mmm... mil cosas.

Entrevistadora: Vale, pues ya estaría la entrevista así que, muchas gracias por participar.