



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

“Sensaciones del personal sanitario en una RCP en un Servicio de Urgencias”

Marina García Castañeda
Tutora: Laura Natividad Fadrique Millán
Cotutora: Silvia Benito Bernal

RESUMEN

Introducción: La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica realizada con frecuencia en el Servicio de Urgencias que genera mucho estrés, para la cual los sanitarios deben mantener actualizados sus conocimientos. Al mismo tiempo se deben tener en cuenta sus pensamientos sobre el tema.

Objetivo: Identificar las sensaciones del equipo sanitario involucrado en la realización de RCP en el servicio de urgencias con el fin de proponer mejoras.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Para ello, se realizó una encuesta de elaboración propia a 83 profesionales sanitarios del Servicio de Urgencias.

Resultados: Un 91,6% de los encuestados había participado en una RCP, existiendo disparidad de opiniones en algunos aspectos, pero semejanza en otros como los factores de estrés más comunes, siendo estos la carga emocional o un episodio traumático. Un 80,3% valora su autoeficacia frente a una RCP con una puntuación entre 6-9.

Conclusiones: Los profesionales manifiestan insatisfacción propia y con los compañeros durante las maniobras de RCP. Las sensaciones más destacadas son realización personal y tristeza. Los aspectos más estresantes: episodio traumático y carga emocional.

Palabras clave: reanimación cardiopulmonar, sensaciones, actualización de conocimientos, debriefing.

ABSTRACT

Introduction: The cardiopulmonary resuscitation (CPR) is a frequent technique in the Emergency Department and a source of stress for the healthcare professionals who must keep their knowledge in this area updated. Moreover, their feelings on this topic must be kept in mind.

Objective: To identify the sensations of the healthcare team that performs a CPR in the Emergency Department in order to suggest improvements.

Methodology: A descriptive observational cross-sectional study was carried out. For that purpose, an in-house survey was developed and further employed to screen 83 health professionals from the Emergency Department.

Results: A 91.6% of the interviewees have already taken part in a CPR. Even though there is little consensus in some aspects, there are similar views in others, such as the most common factors of stress being the emotional burden or a traumatic event. 80.3% of the respondents evaluate their self-efficacy in a CPR with a score between 6-9.

Conclusion: There is dissatisfaction among health professionals with their own actuation and their colleagues' while performing a CPR. The most significant sensations are self-realization and sadness. The most stressful factors are: traumatic event and the emotional burden.

Key words: cardiopulmonary resuscitation, sensations, knowledge update, debriefing.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Resucitación cardiopulmonar (RCP)	1
1.2. Renovación de conocimientos RCP	2
1.3. Emociones y debriefing post-RCP.....	3
1.4. Justificación.....	5
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	6
3. METODOLOGÍA	7
3.1. Diseño del estudio.....	7
3.2. Muestra	8
3.3. Instrumento de medida.....	9
3.4. Duración de la intervención y recogida de datos.....	9
3.5. Material utilizado	9
3.6. Variables a recoger	10
3.7. Análisis estadístico.....	10
3.8. Consideraciones ético-legales.....	10
4. RESULTADOS	11
4.1. Grupo sanitario y experiencia en urgencias	11
4.2. Participación en una RCP	12
4.3. Insatisfacción y pérdida de control durante una RCP.....	12
4.4. Sensaciones tras una RCP.	14
4.5. Mejora con la experiencia y autoeficacia.....	16
4.6. Conocimiento de los protocolos y del reparto de funciones	17
4.7. Post-RCP	19
4.8. Frecuencia renovación conocimientos	20
4.9. Factores que más estrés producen	21
5. DISCUSIÓN	22
5.1. Limitaciones y fortalezas	24
5.2. Aplicación a la práctica clínica.....	25
5.3. Futuras líneas de investigación.....	25
6. CONCLUSIONES	26
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27
8. ANEXOS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fuentes documentales y estrategia de búsqueda.	7
Tabla 2. Artículos obtenidos de las bases de datos.	8
Tabla 3. Sensaciones tras una RCP y satisfacción con su profesión.	15
Tabla 4. Pensamiento de sanitarios en el paciente en días posteriores a una RCP.	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Experiencia en el servicio de urgencias.	11
Figura 2. Porcentaje de sanitarios que han participado en una RCP.	12
Figura 3. Porcentaje que refiere haber perdido el control.	13
Figura 4. Porcentaje que refiere que algún compañero ha perdido el control. .	13
Figura 5. Grupo sanitario con mayor pérdida de control.	14
Figura 6. Sensaciones tras una RCP negativa.	16
Figura 7. Porcentaje que refiere haber mejorado gracias a experiencias pasadas.	16
Figura 8. Puntuación de autoeficacia en función de la experiencia.	17
Figura 9. Conocimiento de los protocolos.	18
Figura 10. Claridad de liderazgo y funciones.	18
Figura 11. Atención al diagrama aclaratorio sobre repartimiento de funciones en una RCP en la unidad.	18
Figura 12. Opiniones sobre la posibilidad de la instalación de una videocámara con el objetivo de valorar posteriormente la actuación.	19
Figura 13. Frecuencia sesiones de renovación por grupos sanitarios.	20
Figura 14. Posibilidad de realizar las prácticas de RCP por equipos de reanimación.	20
Figura 15. Factores de estrés frente a una RCP.	21

ABREVIATURAS

- AHA: American Heart Association (Asociación Americana del Corazón)
- CPR: Cardiopulmonary Resuscitation (Reanimación Cardiopulmonar)
- ERC: European Resuscitation Council (Consejo Europeo de Resucitación)
- HURH: Hospital Universitario Río Hortega
- IC: Intervalo de Confianza
- ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation (Comité de Unificación Internacional en Resucitación)
- PCR: Parada Cardiorrespiratoria
- RCP: Resucitación o reanimación Cardiopulmonar
- SU: Servicio de Urgencias
- TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

1. INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es definida como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas, y, por tanto, el cese de la llegada de oxígeno a los órganos vitales. Se trata de un evento que ocurre con frecuencia en los hospitales, principalmente en servicios especiales. Los resultados y atenciones de las PCR son un indicativo de la calidad de los centros sanitarios.^{1,2}

Cada año se producen en España aproximadamente 30.000 paradas cardíacas extrahospitalarias y unas 22.000 paradas intrahospitalarias. Esta última cifra se trata de una aproximación, pues nuestro país carece de un registro hospitalario de paradas cardiorrespiratorias. Se estima que anualmente el número de pacientes que sufren una PCR intrahospitalaria en Estados Unidos es de entre 370.000 y 750.000 y en Europa de 700.000.³

Mayoritariamente el paro cardíaco extrahospitalario se trata de un evento súbito. Sin embargo, en el caso intrahospitalario, es comúnmente el resultado de un deterioro en el paciente no reconocido con anterioridad o no tratado de la forma debida. Este deterioro clínico acontece gradualmente en un periodo de minutos, horas o días. En una proporción menor de estos pacientes, el paro cardíaco puede presentar un perfil extrahospitalario y producirse de forma repentina.⁴

1.1. Resucitación cardiopulmonar (RCP)

La resucitación o reanimación cardiopulmonar (RCP) se define como el conjunto de maniobras aplicadas con el objetivo de revertir la PCR, sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas con el fin de evitar la muerte por lesión irreversible de órganos vitales, especialmente del cerebro.⁵

En Moscú, en la década de los 30, fue creado por Vladimir Negovsky, considerado el padre de la reanimación, el primer laboratorio destinado a la investigación de la RCP. El término “resucitación” fue empleado por primera vez en 1960, cuando se dieron a conocer las técnicas de soporte artificial de respiración y circulación. Tres años después, el doctor Leonard Scherlis presentó

el primer comité de reanimación de la American Heart Association (AHA) y ese mismo año fue aprobada formalmente la reanimación cardiopulmonar.⁶

Desde la conferencia de Utstein se tiende a sustituir el concepto de RCP por el de soporte vital, que amplía el significado con el reconocimiento del PCR, la activación de los sistemas de emergencia médica, la prevención del paro y la enseñanza de esta práctica.⁵

En la actualidad, en el Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Universitario Río Hortega (HURH),⁷ el equipo de reanimación está compuesto por un médico, dos enfermeras y dos auxiliares. Algunas de las funciones de las enfermeras en esta situación son: canalización de una vía venosa, preparación y administración de medicación, realización de compresiones torácicas, apoyo en la vía aérea, aspiración de secreciones, monitorización y realización del choque eléctrico.

1.2. Renovación de conocimientos RCP

La evolución de la técnica de la RCP y los conocimientos sobre ella desde la década de los 60 hasta la actualidad han ido avanzando a pasos agigantados debido a su importancia. Por ello, se han llevado a cabo numerosas acciones a gran escala para capacitar al personal sanitario en la aplicación de soporte vital prehospitalario y hospitalario.

Sin embargo, un estudio desarrollado por Chih-Wei Yang et al. en 2012⁸ sugiere que el conocimiento y las habilidades del personal sanitario en el soporte vital avanzado decaen entre 6 meses y 1 año después del entrenamiento. Disminuyendo las habilidades más rápidamente que el conocimiento. La experiencia clínica puede frenar este proceso, pero no detenerlo si no se mantiene una actualización constante en esta materia.

En la nueva actualización de 2015 de las Guías clínicas de la AHA⁹ se presenta un apartado dedicado exclusivamente a la educación en este tema, en la que se destacan algunos cambios como son los siguientes:

- Los ciclos de reentrenamiento de dos años no son adecuados. Dada la rapidez con la que se deterioran las habilidades, así como la mejora observada en la confianza de los estudiantes que entrenan con mayor continuidad, se recomienda una mayor frecuencia en el entrenamiento de

las habilidades de soporte vital básico y avanzado que podría ayudar a los reanimadores potenciales.

- Las sesiones de entrenamiento más cortas y frecuentes, además de presentar beneficios educativos, representan un ahorro para el sistema, por la reducción de tiempo requerido para completarlas y por la disminución del tiempo en la que el personal está fuera de su lugar de trabajo.

En la última actualización de las Guías del European Resuscitation Council (ERC) de 2015 ¹⁰, más utilizadas en España que las de la AHA, se destacan los siguientes aspectos respecto a la educación, formación e implementación de la resucitación:

- Los intervalos de actualización de conocimientos diferirán en función de las características de aquellos que reciban las sesiones. Es conocido que las habilidades frente a una RCP se deterioran en meses, la mayoría de estudios muestran que pueden decaer a los 3-6 meses del entrenamiento inicial, por ello, la actualización anual puede no ser suficiente.
- Mientras que los intervalos óptimos de reentrenamiento no son conocidos, una frecuente pequeña actualización in-situ puede resultar beneficiosa, ahorrar costes y reducir el tiempo total de entrenamiento. Además, parece ser más atractiva para los profesionales.

1.3. Emociones y debriefing post-RCP

La RCP constituye una de las técnicas que más estrés supone a los sanitarios y en muchas ocasiones puede terminar con el fallecimiento del paciente. A pesar de que el personal sanitario de urgencias convive con frecuencia con la muerte y su proceso, esto no siempre es fácil de sobrellevar. El estrés generado podría tener consecuencias en la vida de aquellos involucrados, no solo a nivel laboral, sino personal.

Emociones y sensaciones.

Para los reanimadores, la muerte del paciente tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer, en ocasiones, una experiencia traumática. Las emociones negativas no son asociadas al proceso de muerte en

sí mismo, sino a la empatía del sanitario o a las circunstancias de dicha ocasión, como podrían ser un paciente conocido, alguien sano a primera instancia o una persona joven. En la actualidad, los compañeros suponen el principal recurso de consuelo, no existiendo en España protocolos ni estrategias de afrontamiento psicológico en el colectivo profesional.

La RCP es ampliamente conocida por ser altamente estresante y generar ansiedad. Estas emociones deben ser puestas en suspensión durante la realización de la maniobra. Existe una expectación por parte de la sociedad de que estos sentimientos estén controlados, pues es parte de la actitud profesional.

En el caso del fallecimiento del paciente, el enfado es una emoción muy común y se asocia a las sensaciones de vergüenza y culpa que pueden surgir cuando las expectativas individuales no coinciden con la realidad. En algunos estudios realizados a personal de enfermería se han encontrado signos de trastorno de estrés post traumático. Siendo los episodios traumáticos, como la muerte de una persona joven, aquellos que tienen mayor impacto en el personal. En estos casos es más complicado asumir el fracaso y esto entraña un sentimiento exagerado de responsabilidad que en muchas ocasiones motiva que se inicie la RCP o incluso se retrase su final aun cuando existe certeza de su futilidad.

La repetición del evento puede ayudar a dar sentido a la experiencia y a dispersar los sentimientos de culpa o fracaso.^{11,12,13}

Debriefing

Se está extendiendo en algunos países el uso del “debriefing”, definido como el diálogo en un grupo de personas para repasar un evento real o simulado, en el que los involucrados analizan sus acciones y las de sus compañeros y reflexionan sobre el papel de los procesos de pensamiento, las habilidades psicomotrices y los estados emocionales para mejorar o mantener el rendimiento individual o del equipo en el futuro. En el contexto sanitario, se trata de un método efectivo para mejorar la calidad de la reanimación después de los episodios de paro cardíaco.¹⁴

Se revisa la calidad de la RCP mientras la intervención aún está nítida en el recuerdo del reanimador. Este método sencillo, fácilmente adaptable a paros cardíacos intrahospitalarios, consiste en que los profesionales involucrados «se

reúnan» tras una reanimación cardiopulmonar e intercambien brevemente sus opiniones acerca de la calidad de la asistencia, qué aspectos podrían haberse mejorado y sus emociones en ese momento. Pues, aunque el “debriefing” puede mejorar exponencialmente la actuación en equipo, también puede ser de utilidad en acciones individuales y ayudar al personal a sobrellevar mejor las situaciones emocionalmente abrumadoras. ^{15,16}

Este sistema se encuentra actualmente recomendado en las guías AHA y ERC, que indican que sin el “debriefing” es improbable mejorar las habilidades no técnicas como la toma de decisiones, conocimiento de la situación y coordinación del equipo, recomendando su incorporación en los cursos de entrenamiento y en el hospital. Sin embargo, reconocen que todavía no está establecido el intervalo de tiempo adecuado que debe transcurrir entre la actuación y el “debriefing”.¹⁷

1.4. Justificación

Siendo la RCP una técnica realizada con frecuencia en los hospitales, especialmente en los Servicios de Urgencias (SU), donde participan activamente las enfermeras y el resto del equipo sanitario, encontramos muchos estudios e investigaciones sobre las distintas formas de realizarla o propuestas para mejorar la técnica. Sin embargo, no existe apenas información centrada en las sensaciones del equipo sanitario tras realizar una RCP, siendo esta una técnica que, según manifiestan los sanitarios, supone mucho estrés al personal que lo realiza y desencadena una cascada de emociones.

Asimismo, se encontró escasa información en la autopercepción del personal sobre sus conocimientos, habilidades o factores de estrés en esta práctica.

Por ello, considero que podría ser de interés realizar un estudio sobre este tema, con el fin de poder conocer mejor los pensamientos que tienen los profesionales que atienden la PCR, evaluarlos y proponer mejoras que favorezcan su actuación.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Conocer las sensaciones de las enfermeras y del resto del equipo sanitario tras realizar una RCP, podría permitirnos encontrar diversas formas de mejora que incrementen la eficacia y el bienestar del personal involucrado.

Objetivo general

Identificar las sensaciones de las enfermeras y del resto del equipo sanitario involucrado en la realización de RCP en el SU con el fin de proponer mejoras.

Objetivos específicos

- Valorar el nivel de satisfacción de las enfermeras y del resto de los profesionales que participan en la RCP.
- Analizar los sentimientos del personal sanitario tras las maniobras de reanimación.
- Conocer la autopercepción de los distintos grupos sanitarios sobre su nivel de conocimiento de los protocolos y su visión respecto a la necesidad de ampliación de conocimientos o realización de prácticas de repaso de esta técnica.
- Recabar información en cuanto a los factores personales más estresantes durante la RCP.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Para el cumplimiento de los objetivos de este Trabajo de Fin de Grado se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH). Para ello, se trasladó un cuestionario (*Anexo I*) al personal de urgencias del hospital tras obtener los permisos necesarios.

Previamente, se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de conocer la información existente y disponible acerca del tema a tratar. Para ello, se buscó información en bases de datos y otras fuentes de información, de las cuales, se considera que los datos obtenidos son importantes para la comprensión del estudio.

Tabla 1. Fuentes documentales y estrategia de búsqueda.

Bases de datos	<ul style="list-style-type: none">• PubMed• SciELO• ScienceDirect• BUva (Biblioteca de la Universidad de Valladolid)• Google Académico
Descriptores	DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud): “emociones”, “sensaciones”, “estrés”, Servicio de Urgencias”, “RCP”, “debriefing” y “conocimientos”. MeSH (Medical Subject Headings): “emotions”, “sensations”, “stress”, “emergency department”, “cardiopulmonary resuscitation”, “debriefing” y “knowledge”.
Operadores booleanos	Para concretar la búsqueda se combinaron los descriptores con los siguientes operadores booleanos: “AND” y “OR”
Criterios de inclusión	Publicaciones en español y/o inglés, de los últimos 10 años, estudios con humanos, disponibilidad de texto completo gratuito.
Criterios de exclusión	Publicaciones no gratuitas, con fecha anterior a 2009 (se han utilizado algunas fuentes anteriores dada su relevancia en el campo), artículos duplicados en las bases de datos.

Aquellos artículos incluidos cuya fecha de publicación sea anterior a 2009, han sido utilizados debido a su importancia y relevancia actual en el campo.

Tabla 2. Artículos obtenidos de las bases de datos.

Base de datos	Resultados obtenidos	Artículos extraídos
PubMed	12	1
SciELO	18	2
ScienceDirect	281	5
BUva	11	2
Google Académico	410	1

Además de las bases de datos, se han utilizado publicaciones de las siguientes fuentes de información oficiales: el Portal de Salud de Castilla y León, la página web de la ERC (European Resuscitation Council), AHA (American Heart Association) e ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation).

3.2. Muestra

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 83 profesionales sanitarios (enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), médicos) del Servicio de Urgencias (SU) del HURH, de ambos sexos y diferentes edades. Se consideró importante tener en cuenta las respuestas de los diferentes grupos profesionales sanitarios, para poder analizar posibles discrepancias en las opiniones.

Para la selección de esta muestra se tuvieron en cuenta unos motivos de inclusión y de exclusión:

Motivos de inclusión

- Pertenecer a uno de los grupos de sanitarios seleccionados por el “Manual de procedimientos de enfermería” del Hospital Universitario Río Hortega⁷ como personal participante en una RCP: enfermeras, TCAE o médicos.
- Tener contrato en el Servicio de Urgencias del HURH en el momento de contestar la encuesta.

Motivos de exclusión

- Personal no sanitario.
- Pertenecer al grupo de residentes de medicina o enfermería.
- Estudiantes.

3.3. Instrumento de medida

Como instrumento de obtención de datos y medida se decidió utilizar un cuestionario, tras realizar una búsqueda en la biblioteca virtual “BiblioPRO” para encontrar aquel más adecuado en relación con el tema, no se encontró ningún resultado. Por lo que se decidió confeccionar un cuestionario online de elaboración propia (tomando como referencia una encuesta previa realizada en el SU) a través de “Formularios Google”, compuesto por 7 preguntas cerradas (sí-no), 15 preguntas de elección múltiple y una pregunta final abierta para recolectar sugerencias o comentarios¹⁸, permitiendo así reflejar datos subjetivos e ideas que los encuestados consideraran trascendentes. Se trató de un formulario online anónimo y voluntario que fue enviado en forma de enlace al personal del SU del Hospital Universitario Río Hortega vía e-mail. En este formulario existía un texto informativo destinado a los encuestados en el que se desarrollaba una explicación del estudio y se explicitaba el anonimato y voluntariedad de la participación. Con el fin de incluir en el estudio al personal que no revisara el correo con frecuencia, se imprimieron en papel 10 encuestas que fueron depositadas en un sobre en la sala de estar del SU. En ellas también aparecía impreso el texto explicativo respecto a los fines y propósitos del estudio.

3.4. Duración de la intervención y recogida de datos

Tras obtener el permiso del Comité Ético de investigación del hospital el 3 de enero de 2020 (*Anexo II*) se envió la encuesta y se estableció un tiempo de respuesta de un mes, siendo la encuesta nuevamente enviada a mitad de este periodo. Tras este tiempo, se llevó acabo la recogida y análisis de datos, tanto de las encuestas online como de las impresas.

3.5. Material utilizado

Para este estudio se utilizó mayoritariamente internet, dando uso del e-mail, “Formularios Google” y Excel. Sin embargo, también se imprimieron 10 encuestas en papel, que fueron depositadas en la sala de estar del SU y recogidas posteriormente, para aquellos profesionales que fueran más reacios a realizarlas online.

3.6. Variables a recoger

Para esta encuesta se utilizaron de base las variables de: grupo sanitario, tiempo de experiencia en el SU y se valoró el hecho de si los participantes habían participado en una RCP.

3.7. Análisis estadístico

Para la realización del análisis estadístico de las respuestas al cuestionario, así como la elaboración de los gráficos presentes en este documento se elaboró una tabla y se utilizaron los programas informáticos Excel v.2016 y SPSS. Para analizar las variables cualitativas se trabajó con porcentajes e intervalos de confianza (IC). Así como se calculó chi cuadrado para el contraste de hipótesis.

3.8. Consideraciones ético-legales

Para desarrollar este estudio se han obtenido una serie de permisos y tenido en cuenta las normas éticas correspondientes.

- Obtención del informe favorable del Comité Ético de Investigación del Área de Salud Valladolid Oeste- Hospital Universitario Río Hortega. Ref. CEIm: PI234-19. Para el cual fue necesario entregar los siguientes documentos: carta de presentación, protocolo de proyecto, solicitud de evaluación de proyecto de fin de grado. (*Anexo II*)
- Obtención del informe favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. (*Anexo III*)
- Cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Explicación a los participantes sobre la completa voluntariedad y anonimato de la realización de la encuesta.

4. RESULTADOS

A continuación, en este apartado serán expuestos los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas.

4.1. Grupo sanitario y experiencia en urgencias

Como variables demográficas se tuvo en cuenta la profesión del encuestado y sus años de experiencia en el SU.

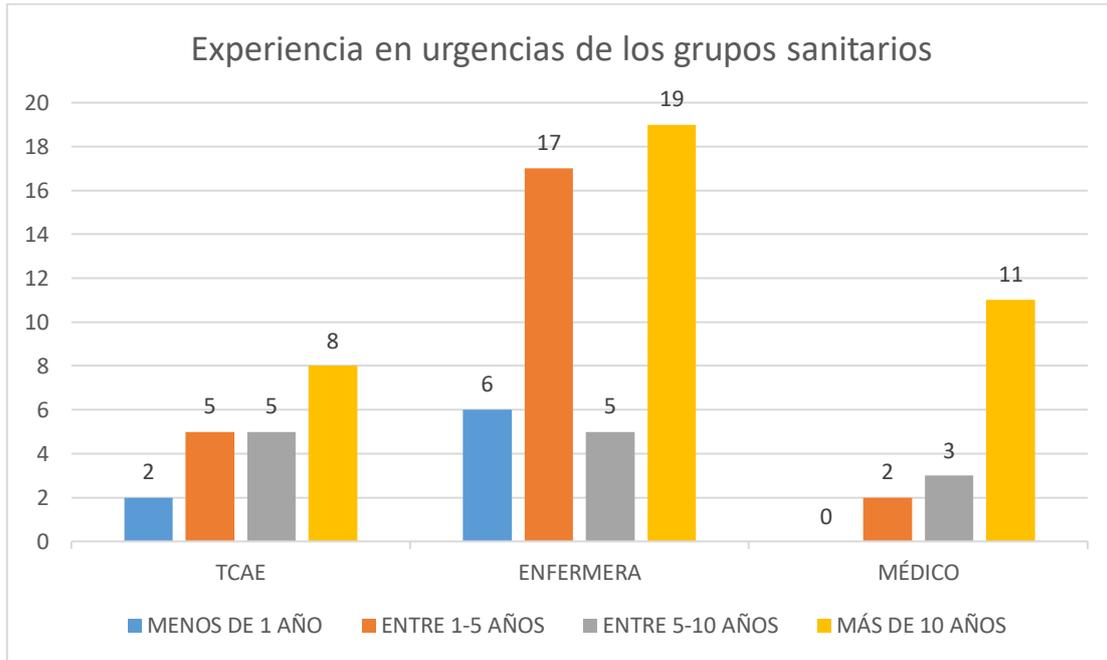


Figura 1. Experiencia en el servicio de urgencias.

De los 83 participantes el 56'6% (47) eran enfermeras, el 24'1% (20) TCAE y el 19'3% (16) médicos. En el gráfico hallamos representado la distribución de los tres grupos respecto a sus años de experiencia en el SU. Nos encontramos con el hecho de que en los tres grupos sanitarios lo más común es una experiencia superior a 10 años en este servicio. Siendo en el caso de las enfermeras casi igualada por el grupo de experiencia entre 1 y 5 años. Al realizar la prueba chi cuadrado con estas variables nos encontramos con que $p > 0'05$ ($p = 0,119$) por lo que podemos afirmar que los años de experiencia son similares en todas las categorías e independientes de esta variable.

4.2. Participación en una RCP

Los sanitarios fueron preguntados sobre si alguna vez habían participado en la maniobra RCP, encontrando los siguientes resultados:

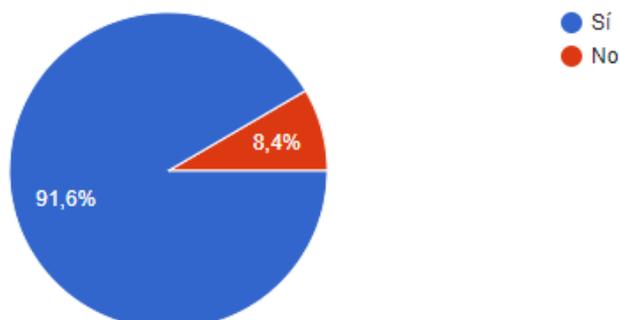


Figura 2. Porcentaje de sanitarios que han participado en una RCP.

El 91'6% [IC95% (83,5%-96,2%)] de los encuestados refirieron haber participado en una RCP.

Las respuestas de aquellos que contestaron "No" en esta pregunta no fueron tenidas en cuenta en ciertas ocasiones, esto se encuentra debidamente señalado en los apartados oportunos con la siguiente expresión: **No contabilizadas algunas respuestas.*

4.3. Insatisfacción y pérdida de control durante una RCP

En la encuesta se ha valorado la insatisfacción tras esta maniobra, siendo un 81,3% aquellos que afirmaron haber estado insatisfechos con su propia actuación y un 78% aquellos que no estuvieron satisfechos con la actuación de algún compañero.

Por otro lado, en las preguntas acerca de la pérdida de control durante la técnica encontramos lo siguiente:

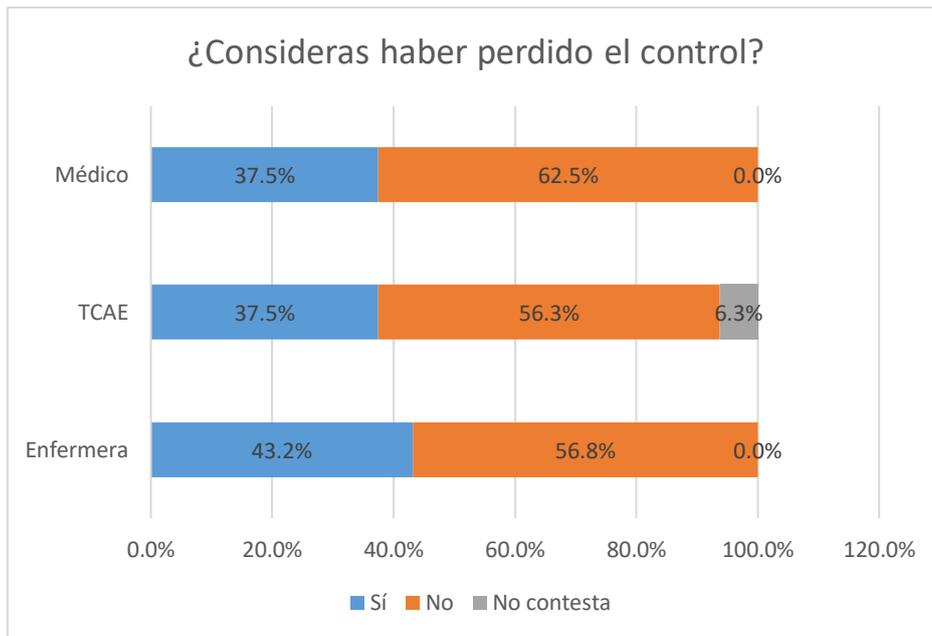


Figura 3. Porcentaje que refiere haber perdido el control.

Una mayoría en cada uno de los grupos manifestó no haber perdido el control. Lo que constituye un 57,8% [IC95% (47%-68,3%)] del total.

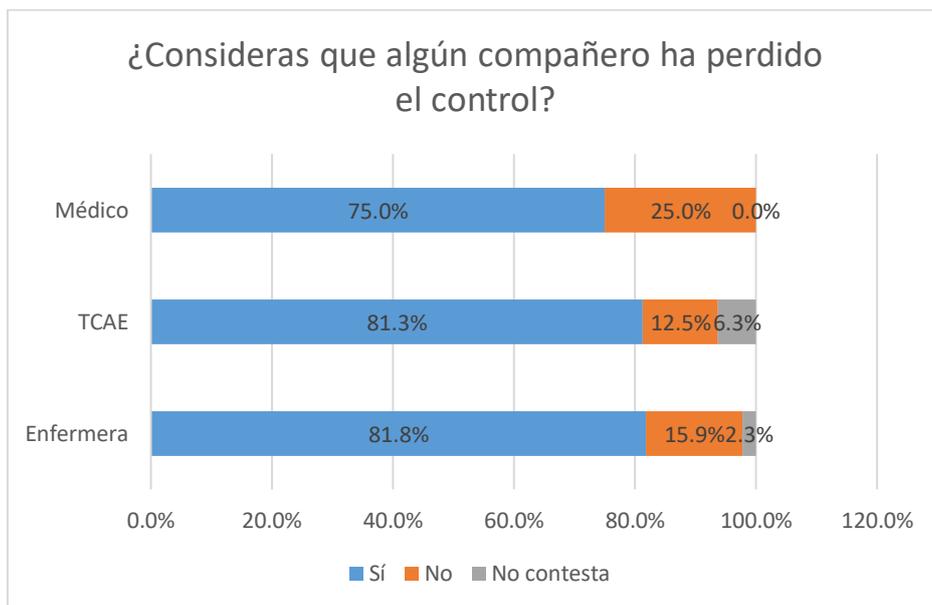


Figura 4. Porcentaje que refiere que algún compañero ha perdido el control.

Un elevado porcentaje de cada uno de los grupos respondió afirmativamente. Un 74,7% [IC95% (64%-83,5%)] del total.

Al preguntar sobre qué grupo sanitario suele perder más el control obtenemos los siguientes valores:

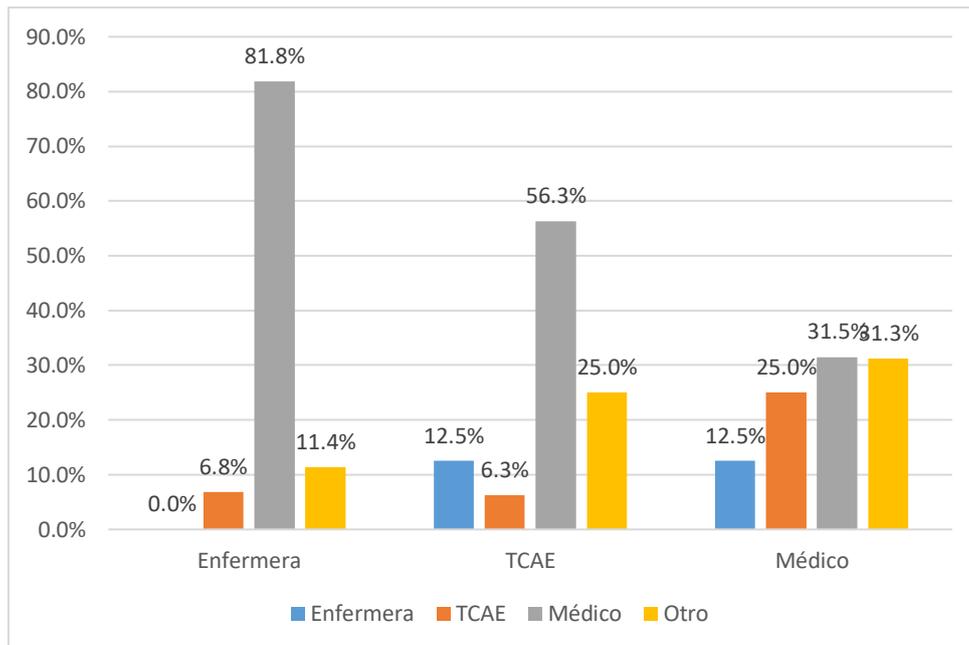


Figura 5. Grupo sanitario con mayor pérdida de control.

El resultado general en los tres grupos fue que la persona que más suele perder el control es el médico, con un porcentaje del 81,8% en el caso de las enfermeras.

**No contabilizadas algunas respuestas.*

4.4. Sensaciones tras una RCP.

Definiendo RCP positiva como aquella en la que el paciente fue reanimado y salió de la parada, tomamos cuatro enfoques. En los que averiguamos cómo se sintió el profesional, si le hizo aumentar la satisfacción de haber elegido esa profesión, si piensan posteriormente en el paciente y si les gustaría ser informados del estado del paciente días después.

En esta tabla se da a conocer que las sensaciones más comunes entre los profesionales tras una RCP positiva son la realización y el alivio, al mismo tiempo que se ve reflejado que un 75% [IC95% (61,6%-81%)] del total manifestó que este final de los acontecimientos aumenta la satisfacción de haber escogido su profesión, mientras que un 21,1% [IC95% (12,9%-30,5%)] opina que les hizo sentir mejor consigo mismos.

Tabla 3. Sensaciones tras una RCP y satisfacción con su profesión.

Satisfacción con su profesión \ Sensaciones	No, es mi deber.	No, pero sí me hizo sentir mejor.	Sí	Total general
Aliviado	2,6%	7,9%	26,3%	36,8%
Cansado	0,0%	3,9%	3,9%	7,9%
Eufórico	0,0%	0,0%	11,8%	11,8%
Realizado	1,3%	9,2%	31,6%	42,1%
Otro	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
Total general	3,9%	21,1%	75,0%	100,0%

En la siguiente tabla conocemos que el 55% [IC95%(42,1%-64%)] alegó pensar posteriormente en el paciente tras una RCP, y un 36,8% dependiendo de lo que conociera al paciente o de las circunstancias. Tan solo un 7,9% refirió no volver a pensar en el paciente. Así mismo, vemos representado que a un 69,7% [IC95% (57,9%-78%)] de los participantes les gustaría saber sobre el estado del paciente días después, un 23,7% eligió la opción intermedia de que no les importaría y tan solo un 6,6% decidió que no les gustaría obtener información del paciente en un futuro.

Tabla 4. Pensamiento de sanitarios en el paciente en días posteriores a una RCP.

¿Te gustaría saber de él días después? \ ¿Piensas en el paciente?	Sí	No me importaría	No	Total general
Sí	42,1%	10,5%	2,6%	55,3%
No	1,3%	3,9%	2,6%	7,9%
A veces.	26,3%	9,2%	1,3%	36,8%
Total general	69,7%	23,7%	6,6%	100,0%

A continuación, pasamos a la parte negativa de la encuesta, en la que tras definir RCP negativa obtenemos los siguientes resultados.

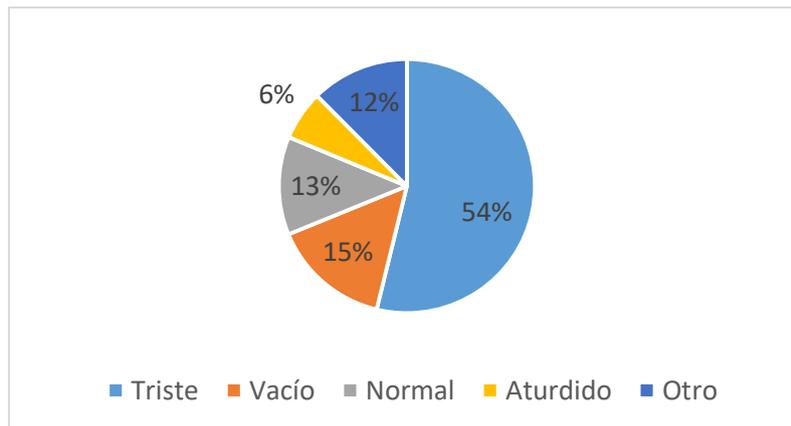


Figura 6. Sensaciones tras una RCP negativa.

Más de la mitad de los encuestados (54%) escogió la opción de tristeza como emoción predominante en esta situación, por detrás de esta, manifestaron sentirse vacíos.

**No contabilizadas algunas respuestas.*

4.5. Mejora con la experiencia y autoeficacia

En la pregunta número 15, el 93,4% de los participantes refirieron haber actuado mejor en nuevas experiencias gracias a las vivencias anteriores.

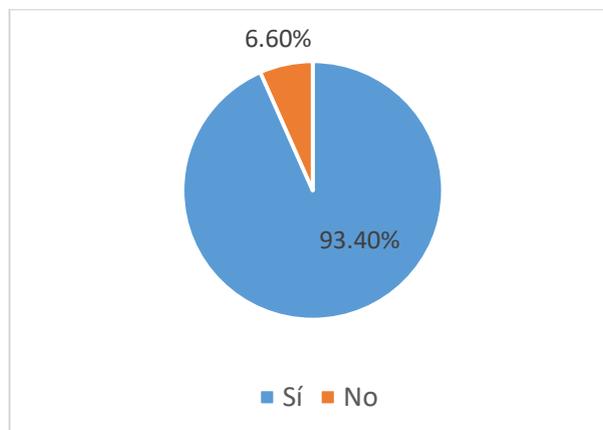


Figura 7. Porcentaje que refiere haber mejorado gracias a experiencias pasadas.

Y en la pregunta número 18, en la cual definimos la autoeficacia ¹⁹, pedimos a los participantes que se auto valoren. Analizando estos datos en función de la experiencia en un SU encontramos los siguientes resultados:

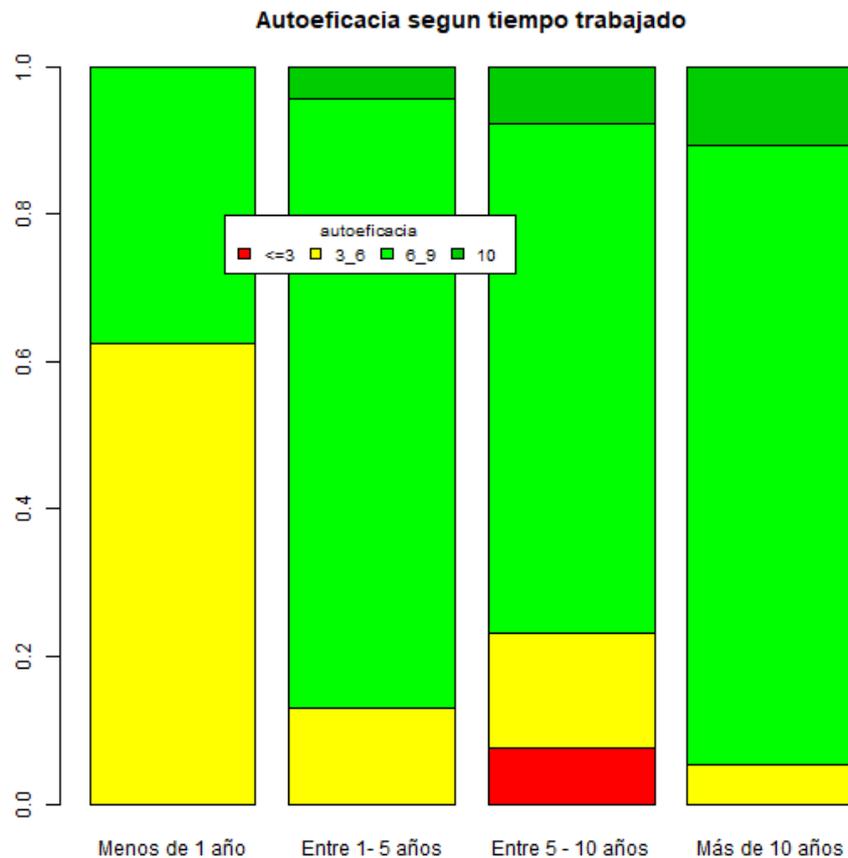


Figura 8. Puntuación de autoeficacia en función de la experiencia.

Se encontró asociación entre la autoeficacia y el tiempo trabajado ($p=0.003$). A mayor experiencia, mayor puntuación se dieron. Siendo el intervalo 6-9 el predominante.

**No contabilizadas algunas respuestas.*

4.6. Conocimiento de los protocolos y del reparto de funciones

En la pregunta número 9, los encuestados son preguntados acerca del conocimiento de los protocolos y, en la 16, respecto a si consideran que el repartimiento de funciones y liderazgo en la maniobra está claro.

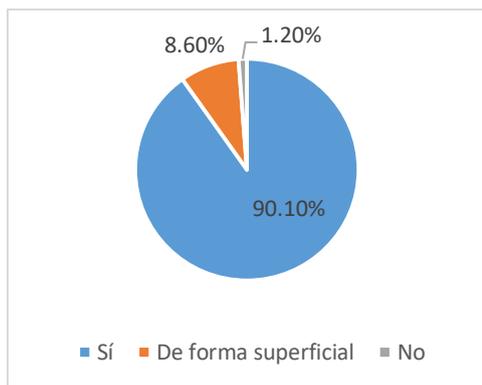


Figura 9. Conocimiento de los protocolos.

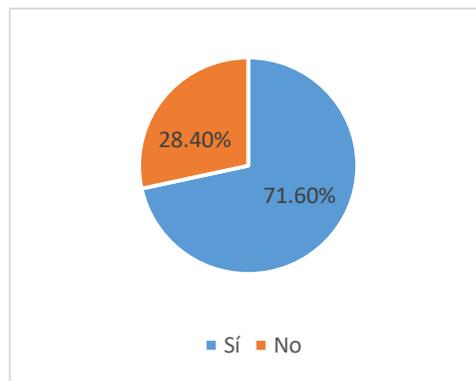


Figura 10. Claridad de liderazgo y funciones.

En el primer caso, el 90,1% afirmó conocer los protocolos, un 8,6% refirió que les conoce de manera superficial y solo un 1,2% reflejó no conocerles. Sin embargo, en la pregunta 16 un 28,4% indicó que los roles durante la maniobra no están claros.

En la pregunta 17 son preguntados sobre su conocimiento acerca de un diagrama presente en la sala de vigilancia de urgencias, donde se realiza una explicación sobre la función y ubicación de cada uno de los miembros del equipo de resucitación. Encontramos los siguientes porcentajes:

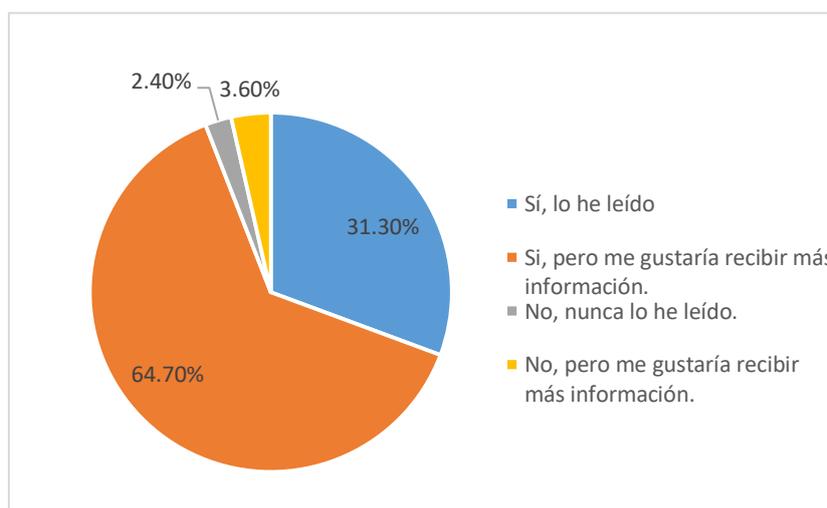


Figura 11. Atención al diagrama aclaratorio sobre repartimiento de funciones en una RCP en la unidad.

Los resultados mostraron que la gran mayoría (94%) habían reparado en él y un 62,7% pidió recibir más información sobre este tema para actualizar sus conocimientos.

4.7. Post-RCP

Teniendo en conocimiento el término “debriefing”, presentamos a los encuestados la posibilidad de que existiera una cámara de vídeo en la sala de vigilancia con el fin de que, tras una RCP, se juntaran todos los miembros participantes a realizar una evaluación común e intercambio de ideas o sensaciones (debriefing). Presentamos esta posibilidad con la suposición de que no violaría la Ley de Protección de Datos. Y encontramos las siguientes respuestas:



Figura 12. Opiniones sobre la posibilidad de la instalación de una videocámara con el objetivo de valorar posteriormente la actuación.

Nos encontramos con casi una igualdad de respuestas entre aquellos que les parece buena idea (48,2%) y aquellos que no por distintas razones.

4.8. Frecuencia renovación conocimientos

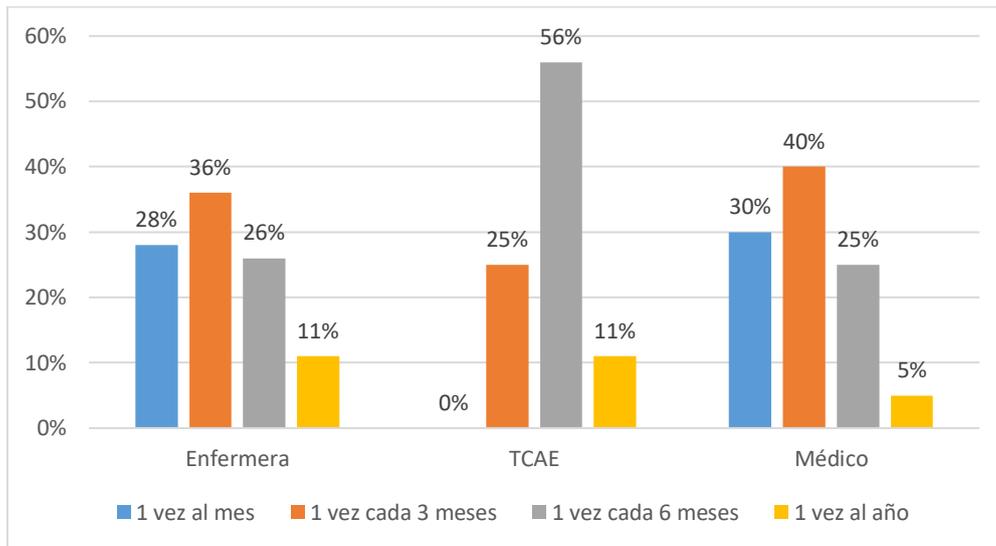


Figura 13. Frecuencia sesiones de renovación por grupos sanitarios.

Un 36% de las enfermeras y un 40% de los médicos, constituyendo la mayoría de cada grupo, consideraron que la frecuencia más adecuada para ellos sería de sesiones trimestrales. Mientras que un 56% de las TCAE consideraron más adecuado sesiones semestrales. En el grupo formado por enfermeras, las sesiones mensuales (28%) presentaron un porcentaje cercano al de las sesiones semestrales (26%).

Las formaciones de repaso sobre RCP en muchas ocasiones se organizan por grupos sanitarios. Sin embargo, existe la opción de realizarlas por equipos de reanimación, en los cuales haya dos auxiliares, dos enfermeras y uno o dos médicos. Los encuestados fueron preguntados sobre si les parecía mejor opción esta última.



Figura 14. Posibilidad de realizar las prácticas de RCP por equipos de reanimación.

Una gran mayoría (90,4%) afirmó que sería mejor para su coordinación y trabajo.

4.9. Factores que más estrés producen

Finalmente, en la encuesta les pedimos que indicaran los tres factores más estresantes a la hora de pensar que deben participar en una RCP. Analizamos los datos comparando los resultados generales y por grupos sanitarios.

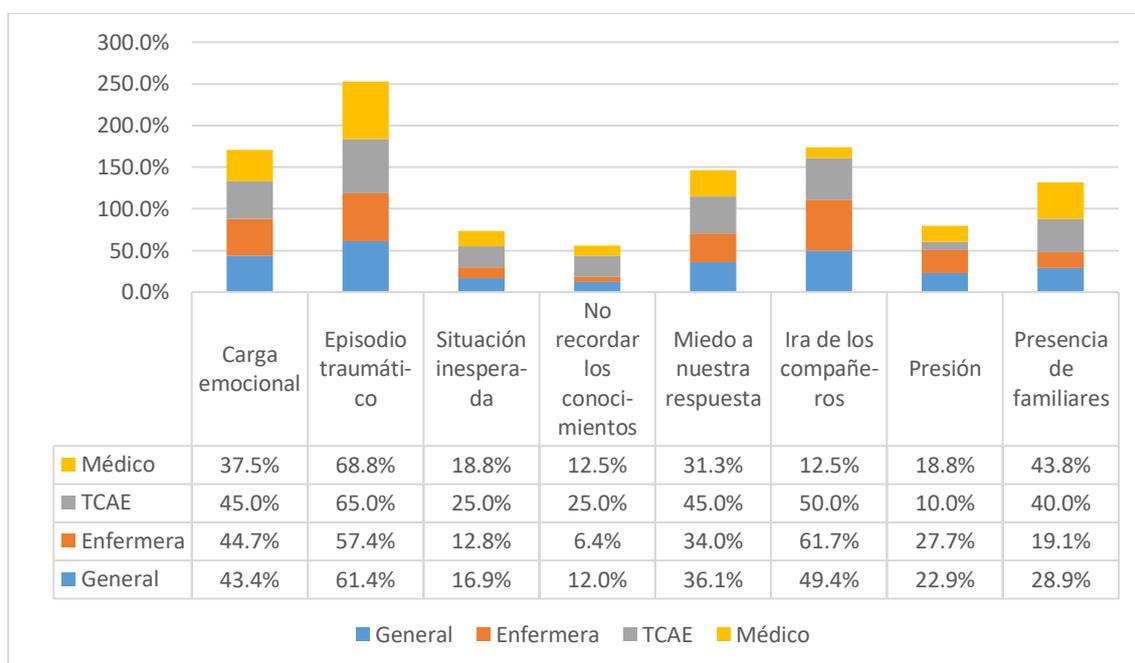


Figura 15. Factores de estrés frente a una RCP.

Los tres factores más estresantes que encontramos en general fueron, en primer lugar, que se tratase de un “episodio traumático”, seguido de “la posibilidad de generar la irritabilidad o ira de los compañeros” y de tercero “la carga emocional”.

Sin embargo, a la hora de analizar los datos por separado encontramos que, en los médicos, “la posibilidad de generar la ira de los compañeros” fue la menos votada. En cuanto a las más votadas por este colectivo, dos de ellas coincidieron con los datos generales, añadiéndose “la presencia de un familiar”.

Mientras, en el grupo TCAE, las tres más votadas coincidieron con las generales junto con “el miedo a nuestra propia respuesta como reanimador”. En este caso, la menos votada fue la “presión o sentimiento de responsabilidad”.

Por último, en el colectivo enfermero encontramos que las tres más votadas coinciden con las de mayor porcentaje general (probablemente porque el porcentaje de encuestados de este grupo es mayor). Como la menos votada encontramos “el miedo a no recordar los conocimientos necesarios” tan solo seleccionada por un 6’3% de las enfermeras encuestadas.

5. DISCUSIÓN

Tras analizar los datos observamos que, la mayoría de los profesionales tiene una experiencia mayor de 10 años, independientemente del colectivo y que la RCP, como hemos encontrado en estudios publicados, es una técnica muy frecuente, que casi todo el personal ha realizado en alguna ocasión.

No existe una diferencia recalable (3,3%) entre la insatisfacción de los sanitarios con su actuación y con la de sus compañeros. Estos resultados negativos podrían estar relacionados con aquellas ocasiones en las que el paciente falleció, pues en visiones generales, la mayoría de encuestados evaluó su autoeficacia con una nota entre 6 y 9. Sin embargo, al analizar la pérdida de control, una mayoría proporcional en cada grupo sanitario refirió no haber perdido el control. El grupo donde encontramos el mayor porcentaje que reconoció haber cometido este error es en el caso de las enfermeras, donde el 43% lo admitió. No obstante, al ser preguntados por si algún compañero había perdido el control, una mayoría respondió afirmativamente, cumpliéndose el efecto de la superioridad ilusoria, en el que, al compararnos con una persona de nuestro entorno, la mayoría de las ocasiones creemos que actuamos mejor que los demás.²⁰ De la misma manera, encontramos como respuesta general que el colectivo sanitario que más pierde el control es el de los médicos, siendo incluso la opción más seleccionada entre los médicos encuestados. En el caso de las enfermeras, la respuesta “médicos” fue la opción elegida por el 81,8% de este grupo, un porcentaje significativo, al igual que el hecho de que ninguna enfermera señalara a su colectivo como aquel que pierde más el control, siendo también la opción menos votada por los médicos, lo que podría indicar una mayor habilidad de las enfermeras para el manejo de sus emociones respecto al resto de profesionales.

Como ya se ha mencionado durante el desarrollo del tema, la RCP es una técnica que genera una gran carga emocional en el sanitario, estrés y sentimientos como la tristeza, que la mayoría de sanitarios encuestados refieren. Sin embargo, también encontramos buenas sensaciones no estudiadas, sobre todo en aquellos casos en los que el paciente sobrevive, como son la realización personal y el alivio en un 44,4% y 35,8% respectivamente. Así como, la satisfacción de haber escogido esa profesión y un interés notable por el estado

del paciente en los días continuos, probablemente ligado al fuerte momento emocional durante la maniobra.

Toda esta avalancha de sentimientos podría verse disminuida, si se llevaran a cabo técnicas como el ya mencionado “debriefing”, poco conocido hasta ahora por los sanitarios.

Un tema poco analizado, es la posibilidad de que los sanitarios puedan obtener días después información del estado del paciente al que sacaron de la PCR, este suceso se les presenta como una posibilidad en esta encuesta, donde tan solo un 6,6% respondió que no desearían conocer esta información. Un dato significativo, respecto a algo que no supondría un gran esfuerzo económico para los hospitales y podría mejorar el bienestar y confianza de los profesionales.

Según un estudio realizado por Hopstock ²¹ trabajar en servicios especiales o con alto riesgo de una desestabilización hemodinámica del paciente, proporciona al personal una motivación aumentada para recibir mayor formación en esta área. Lo cual, coincide con los resultados de este estudio, en el que los profesionales muestran gran interés en la mejora de sus conocimientos, un 93,4% indica que las experiencias pasadas, les han ayudado a mejorar. Tan solo un 1,2% admite no conocer los protocolos y un 95% refiere haber leído el diagrama de funciones del personal en una RCP, queriendo aproximadamente dos tercios de este porcentaje recibir más información sobre el tema.

Las prácticas de renovación de conocimientos son llevadas a cabo en los hospitales de todo el mundo. Sin embargo, se suelen realizar por grupos sanitarios y no por equipos formados por los componentes que intervendrían en una RCP, lo cual, el 90,4% consideró que sería más adecuado. Como ha sido explicado anteriormente no hay una frecuencia estipulada con la que deberían realizarse estas sesiones, la ERC estipula que anualmente no es suficiente, lo que concuerda con la opinión de los encuestados, donde la mayoría consideró que deberían ser trimestrales. Un porcentaje importante de las enfermeras (28%) y de médicos (30%) estaría a favor de prácticas de renovación mensuales.

Los profesionales no consideran adecuado el empleo de una cámara para el repaso de la maniobra, por el miedo a ser juzgados o grabados a destiempo. No

obstante, se podría realizar un repaso de fallos e intercambio de opiniones entre los miembros partícipes en la maniobra con el fin de mejorar la próxima vez.

Por otro lado, durante la realización de la RCP existen gran cantidad de factores estresantes. Coincidiendo con lo encontrado durante la búsqueda bibliográfica, podemos reseñar como factores estresantes los episodios traumáticos (paciente joven, pediátrico o sano), la carga emocional y la posibilidad de generar la irritabilidad o ira de los compañeros. Los profesionales de enfermería refirieron como factor de estrés la posibilidad de generar irritabilidad en los compañeros. Sin embargo, los médicos destacaron más, coincidiendo con la información encontrada, la presencia de un familiar del paciente, lo cual, puede estar relacionado con el resultado en el que se eligió a los médicos como aquellos que más pierden el control durante la RCP, dado que el principal signo de estrés para las enfermeras y el segundo para las TCAE es el riesgo de generar la ira de los compañeros.

Todos estos factores pueden llevar a una pérdida del control en el momento más estresante, perjudicando a la propia persona, los compañeros y el paciente. Siendo esto algo que ocurre más en los médicos, probablemente por el sentimiento de responsabilidad, pero que podría paliarse realizando las sesiones de “debriefing” mencionadas anteriormente.

Al ser “el miedo a no recordar los conocimientos necesarios” el factor menos votado, podría corroborar la confianza de los sanitarios en sus conocimientos, en especial en el caso de las enfermeras, donde tan solo un 6,3% seleccionaron esta opción, demostrando la seguridad en sus competencias.

5.1. Limitaciones y fortalezas

En este estudio se han encontrado algunas **limitaciones** a la hora de realizarlo, la mayor de ellas ha sido la escasa información encontrada respecto a este tema, pues pese a haber gran cantidad de información referente a la RCP, ha resultado muy difícil encontrar información respecto a las sensaciones y opiniones de los sanitarios en relación a esta maniobra, en especial destacando que no se ha encontrado ningún artículo que ensalzara las sensaciones positivas. Otra limitación ha sido el número de participantes TCAE y médico, pues ha sido menor al esperado, disminuyendo la muestra a 83 participantes y pesando más la

opinión de las enfermeras en todos los resultados exceptuando aquellos divididos por grupos sanitarios.

Destacar finalmente la situación vivida en los últimos meses por la pandemia del COVID-19 que ha dificultado la orientación en este estudio.

En contraposición a estas limitaciones, destacar **las fortalezas** que hemos encontrado como son la facilidad para distribuir el enlace entre los sanitarios. Así como, el hecho de que fuera una encuesta anónima, no se pidiera ningún dato que pudiera identificarles y se pudiera realizar desde el móvil u ordenador personal probablemente ha facilitado la sinceridad de los participantes en sus respuestas. Por otra parte, al abarcar la encuesta a distintos grupos sanitarios podemos apreciar las diferencias de sus opiniones en algunos aspectos en relación a su profesión.

Por último, destacar la actualidad e importancia del tema, pues se trata de una situación que ocurre constantemente en los SU del mundo y este estudio podrá servir como referencia para futuras líneas de investigación.

5.2. Aplicación a la práctica clínica

En cuanto a las aplicaciones a la práctica clínica, se incluye principalmente, la posibilidad de realizar ciertas modificaciones en los protocolos que permitan mejorar a los profesionales y la práctica, entre ellas podemos destacar la posibilidad de plantear instaurar la técnica del “debriefing” en el SU. Así como, modificar el sistema de renovación de conocimientos sobre la RCP en el hospital, pudiendo variar la frecuencia, la metodología y los participantes.

En referencia a los factores estresantes, algunos no pueden ser eliminados, como la carga emocional. No obstante, otros pueden ser rebajados, como reducir la posibilidad de la presencia de un familiar del paciente durante la RCP.

5.3. Futuras líneas de investigación

Conocer las sensaciones del personal sanitario en una maniobra tan importante como la RCP podría ayudar a mejorar los resultados. Por ello, sería adecuado extender el estudio a una muestra ampliada (otros hospitales y servicios especiales) con el objetivo de obtener conclusiones más determinantes.

6. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones alcanzadas tras este estudio son las siguientes:

- Existe una insatisfacción general de los sanitarios con su propia actuación y con la de sus compañeros tras una RCP.
- En aquellos casos donde el paciente fallece, sobresalen las sensaciones de tristeza y de vacío. Mientras que en los casos donde se recupera al paciente, encontramos realización personal y alivio, así como un interés notable por el estado del paciente en los días continuos.
- La casi totalidad de los encuestados asegura conocer los protocolos frente a la maniobra RCP. Sin embargo, consideran que una mayor frecuencia en las sesiones de renovación de conocimientos sería beneficioso.
- Los factores destacados como más estresantes por los sanitarios a la hora de realizar una RCP son: “un episodio traumático”, “la carga emocional” y “la posibilidad de generar la irritabilidad o ira de los compañeros”.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es una parada cardiorespiratoria? [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-primeros-ayudios/parada-cardiorespiratoria-adulto/parada-cardiorespiratoria>
2. Barrachina Piñol E, de Marcos Ubero M, Blanco Lajo C, Gómez Encinas. J, Menchaca Anduaga A, Huerta Arroyo Á. et al. Manual y procedimientos de Enfermería SUMMA 112 [Internet]. Madrid; [citado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017720.pdf>
3. Herrera M., López F., González H., Domínguez P., García C., Bocanegra C.. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). Med. Intensiva [Internet]. 2010 Abr [citado 23 de enero de 2020] ; 34(3): 170-181. doi: 10.1016/j.medin.2009.11.004
4. Gazmuri R. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR INTRA-HOSPITALARIA DEL PACIENTE ADULTO. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017 [citado 30 de enero de 2020]; 28(2):228-238. doi: 10.1016/j.rmcl.2017.04.010
5. Coma-Canella I, García-Castrillo Riesgo L, Ruano Marco M, Loma-Osorio Montes Á, Malpartida de Torres F, Rodríguez González J. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. Rev Esp, Cardiol [Internet]. 1999 [citado 31 de enero de 2020];52(8):589-603. Disponible en: <https://www.revspcardiol.org/es-guias-practica-clinica-sociedad-espanola-articulo-X0300893299001528?redirect=true>
6. Sánchez García A. B., Fernández Alemán J. L., Alonso Pérez N., Hernandez Hernández I., Navarro Valverde R., Rosillo Castro D. Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Jul [citado 31 de enero de 2020] ; 14(39): 230-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300012&lng=es
7. Hospital Universitario Río Hortega. Comisión de procedimientos. Manual de procedimientos de Enfermería [Internet]. Valladolid; p. 201. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es/publicaciones>
8. Yang C, Yen Z, McGowan J, Chen H, Chiang W, Mancini M et al. A systematic review of retention of adult advanced life support knowledge and skills in healthcare providers. Resuscitation [Internet]. 2012 [citado 31 de enero de 2020];83(9):1055-1060. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.02.027
9. Aspectos destacados de la actualización de las Guías de la AHA para RCP y ACE de 2015. American Heart Association. [Internet]. 2015 [citado 1 de febrero de 2020]; 27-29. Disponible en: <https://www.cercp.org/images/stories/recursos/Guias%202015/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Spanish.pdf>

10. Greif R, Lockey A, Conaghan P, Lippert A, De Vries W, Monsieurs K et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation Journal [Internet]. 2015 [citado 18 de abril de 2020];95:288-301. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.032
11. Bendelow G, Williams S. Emotions in Social Life: Critical Themes and Contemporary Issues. Londres; [Internet] 2005. [citado 3 de marzo de 2020];291-304. Disponible en: <https://bit.ly/2Xa9Enf>
12. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2012 [citado 28 de marzo de 2020];49(11):1411-1422. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003
13. Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. Enfermería Intensiva [Internet]. 2017 [citado 20 de febrero de 2020];28(2):57-63. doi: 10.1016/j.enfi.2016.10.003
14. Maestre J, Rudolph J. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2015 [citado 02 de febrero de 2020];68(4):282-285. doi: 10.1016/j.recesp.2014.05.018
15. Meaney PA, Bobrow BJ, Mancini ME, Christenson J, de Caen AR, Bhanji F, Abella BS, Kleinman ME, Edelson DP, Berg RA, Aufderheide TP, Menon V, Leary M; en representación de los investigadores de la CPR Quality Summit, el Emergency Cardiovascular Care Committee de la American Heart Association y el Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation. Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria. Declaración de consenso de la American Heart Association. Publicado originalmente en inglés: Circulation. 2013;128:417-435. [citado 02 de febrero de 2020] Disponible en: https://cpr.heart.org/-/media/data-import/downloadables/1/6/9/declaracion-de-consenso-de-la-aha-ucm_465179.pdf
16. Clark R, McLean C. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. Intensive and Critical Care Nursing [Internet]. 2018 [citado 28 de enero de 2020];47:78-84. doi: 10.1016/j.iccn.2018.03.009
17. American Heart Association [Internet]. Dallas (TX): CPR & ECC Guidelines; 2019. Part 14: Education. [citado 15 de marzo de 2020] Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org/circulation/cpr-ecc-guidelines/part-14-education/>
18. Casas Anguita J, Repullo Labrador J, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado 15 de marzo de 2020];31(8):532-533. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>

19. Navalpotro Pascual S, Blanco-Blanco Á, Torre Puente J. Autoeficacia en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y avanzada: diseño y validación de una escala. *Educación Médica* [Internet]. 2019 [citado 28 de noviembre de 2019];20(5):272-279. doi: 10.1016/j.edumed.2018.05.002
20. Beer J, Chester D, Hughes B. Social threat and cognitive load magnify self-enhancement and attenuate self-deprecation. *Journal of Experimental Social Psychology* [Internet]. 2013 [citado 07 de abril de 2020];49(4):706-711. doi: 10.1016/j.jesp.2013.02.017
21. Hopstock L. Motivation and adult learning: A survey among hospital personnel attending a CPR course. *Resuscitation* [Internet]. 2008 [citado 04 de abril de 2020];76(3):425-430. doi: 10.1016/j.resuscitation.2007.09.011

8. ANEXOS

Anexo I. Encuesta realizada por el personal del SU del HURH.

ENCUESTA TRABAJO FIN DE GRADO

Buenos días. Mi nombre es Marina García, estudiante de 4º curso del Grado de Enfermería, estoy realizando esta encuesta anónima y voluntaria en relación con mi TFG “Sensaciones tras una RCP en un servicio de urgencias”. Agradecería enormemente que contestara esta encuesta hasta el final. El tiempo estimado es de: 2-5 minutos.

Para cualquier duda o si quisiera conocer los resultados y estadísticas finales puede ponerse en contacto en el siguiente correo electrónico: marinagarcias@yahoo.es

Rodee la respuesta elegida

1. Elige una opción. Mi profesión es:
 - a) Enfermera/o
 - b) TCAE
 - c) Médico/a
2. Mi experiencia en el servicio de urgencias es:
 - a) Menos de 1 año
 - b) Entre 1-5 años
 - c) Entre 5-10 años.
 - d) Más de 10 años.
3. ¿Has participado activamente alguna vez en maniobras de RCP en el Servicio de Urgencias?
 - a) Sí
 - b) No
4. ¿Te has sentido insatisfecho alguna vez por tu actuación durante una RCP?
 - a) Sí
 - b) No

5. ¿Te has sentido insatisfecho alguna vez por la actuación de tus compañeros durante una RCP?
 - a) Sí
 - b) No
6. ¿Consideras que alguna vez has perdido el control durante las maniobras RCP?
 - a) Sí
 - b) No
7. ¿Alguna vez has percibido que tus compañeros han perdido el control durante las maniobras de RCP?
 - a) Sí
 - b) No
8. ¿Quién suele perder más el control según tu criterio?
 - a) Médico/a
 - b) Enfermero/a
 - c) TCAE
 - d) Otro:
9. ¿Conoces los protocolos de actuación ante una RCP en el servicio de urgencias?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) De manera superficial.

Algunas de las siguientes preguntas le hablarán de los términos RCP positiva y RCP negativa. Refiriéndose en el caso de RCP positiva a aquellas en las que el paciente fue reanimado y salió de la parada y en el caso de RCP negativa a aquellos casos en los que el paciente falleció al no salir de la parada cardiorrespiratoria.

10. ¿Cómo te sentiste mayoritariamente tras una RCP positiva?

- a) Aliviado
- b) Eufórico
- c) Cansado
- d) Realizado
- e) Otro_____

11. ¿Este resultado positivo te hizo aumentar tu satisfacción por haber elegido tu profesión?

- a) Sí.
- b) No, es mi deber.
- c) No, pero sí me hizo sentir mejor.

12. Tras una RCP positiva ¿piensas días después en el paciente o en sus familiares?

- a) Sí
- b) A veces, depende lo que conociera al paciente, circunstancias en que se produjo o resultado de las maniobras de reanimación.
- c) No

13. ¿Te gustaría que tras realizar una RCP positiva se te informara días después del estado del paciente?

- a) Sí.
- b) No me importaría.
- c) No.

14. ¿Cómo te sentiste tras una RCP negativa?

- a) Aturdido
- b) Triste
- c) Vacío
- d) Normal, son cosas que pasan
- e) Otro: _____

15. ¿Crees que las experiencias en RCP anteriores te hicieron actuar de una forma más adecuada en la última parada que presenciaste en el servicio de urgencias?
- a) Sí.
 - b) No.
16. ¿Crees que en la actualidad está claro el repartimiento de funciones en una RCP y quien debe llevar el liderazgo en la actuación en el servicio de urgencias?
- a) Sí
 - b) No
17. ¿Conoces el diagrama presente en la zona de paradas sobre la ubicación y función del equipo de resucitación en el servicio de urgencias?
- a) No, nunca me había fijado.
 - b) No, pero me gustaría que recibiéramos más información sobre él.
 - c) Sí, lo he leído en algún momento.
 - d) Sí, pero me gustaría que recibiéramos más información sobre él.
18. ¿Cómo valorarías tu autoeficacia en RCP del 1 (nula) al 10 (totalmente autoeficaz)? Siendo definida la autoeficacia percibida como: “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en función a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que permitan alcanzar el rendimiento deseado”
- a) 1-3
 - b) 3-6
 - c) 6-9
 - d) 10
19. ¿Qué opinas de que se instalara una cámara de vídeo en la zona de paradas en la vigilancia del servicio de urgencias y tras una parada se realizara una evaluación en común con todos los miembros presentes en esta? (Siendo esta evaluación para el aprendizaje y mejora y no para la crítica abusiva de compañeros)

- a) Me parece una buena idea.
- b) Me parece que se acabaría juzgando al personal
- c) No me gusta la idea de saber que hay siempre una cámara grabando en esa zona.
- d) Otro:

20. ¿Con cuanta frecuencia crees que se deberían organizar o acudir a seminarios o prácticas para renovar conocimientos de la RCP?

- a) 1 vez al mes.
- b) 1 vez cada tres meses.
- c) 1 vez cada 6 meses.
- d) 1 vez al año

21. ¿Crees que se deberían hacer prácticas de RCP por equipos sanitarios (TCAEs, enfermeras/os y médico/a)?

- a) Sí, es mejor que hacer la práctica siendo todos del mismo grupo sanitario.
- b) No, no influye.

22. Por último, señala los tres factores que te produzcan más estrés durante una RCP

- a) Carga emocional (paciente conocido, familiar, etc.)
- b) Episodio traumático (paciente joven o pediátrico, paciente sano, etc.)
- c) Situación inesperada
- d) Miedo a no recordar los conocimientos necesarios en el momento.
- e) Miedo a nuestra propia respuesta como reanimador ante la emergencia (inseguridad, bloqueo)
- f) Irritabilidad o ira de los compañeros (gritos).
- g) Presión o sentimiento de responsabilidad.
- h) Presencia de algún familiar durante las maniobras.
- i) Otro:

23. Si se le ocurre algún comentario más para el desarrollo de este TFG relacionado con este tema déjelo a continuación. Muchas gracias por su participación.

Anexo II. Informe favorable Comité Ético de Investigación del Área de Salud Valladolid Oeste- Hospital Universitario Río Hortega.



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)

Dña. ROSA M^a CONDE VICENTE, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha tenido conocimiento del Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG), titulado: “**Sensaciones tras una RCP en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Río Hortega**”, Ref. CEIm: **PI234-19**, Protocolo versión 1.0, y considera que:

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**.

Este Proyecto de Investigación será realizado por la alumna **D^a Marina García Castañeda**, siendo sus tutoras en el Hospital Universitario Río Hortega **D^a Laura N. Fadrique Millán** y **D^a Silvia Benito Bernal**.

Lo que firmo en Valladolid, a 3 de Enero de 2020

ROSA MARIA
CONDE VICENTE
- DNI 09296839D

Firmado digitalmente por
ROSA MARIA CONDE
VICENTE - DNI 09296839D
Fecha: 2020.02.13 16:54:26
+0100

Fdo. Dña. Rosa M^a Conde Vicente
Secretario Técnico CEIm

Anexo III. Informe favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería



Universidad de Valladolid



Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 3 de febrero y de nuevo por procedimiento virtual el 26 de mayo de 2020, y vista la solicitud presentada por:

DOÑA MARINA GARCÍA CASTAÑEDA, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería

Tutora del TFG, doña Laura Natividad Fadrique Millán

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta de Trabajo Fin de Grado que lleva por título:

«Sensaciones tras una RCP en el servicio de urgencias»

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito en Valladolid, a fecha de firma electrónica.- La Presidenta de la Comisión, M^a José Cao Torija



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud, Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423000- ext.4083. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

Código Seguro De Verificación:	Fex1nLFTC2GWzBB8ILmaTg==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Maria Jose Cao Torija - Decano/a de la Facultad de Enfermeria de Valladolid	Firmado	30/05/2020 09:26:18	
Observaciones		Página	8/29	
Url De Verificación	https://sede.uva.es/Validacion_Documentos?code=Fex1nLFTC2GWzBB8ILmaTg==			