



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA SALUD MENTAL DE LOS SANITARIOS TRAS LA RCP

NOELIA NAVARRO BEZARES

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

LA SALUD MENTAL DE LOS SANITARIOS TRAS LA RCP

Noelia Navarro Bezares

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave: Profesionales o personal sanitario, reanimación cardiopulmonar, experiencias, emociones, estrés psicológico, salud mental.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Noelia Navarro Bezares.

Nombre Tutor/Tutora: Patricia García Pazo.

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	10
METODOLOGÍA.....	11
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIÓN.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	31

RESUMEN

Introducción: En la literatura científica, la reanimación cardiopulmonar (RCP) se describe como una experiencia particularmente intensa y estresante para los profesionales que la realizan. La exposición repetida del personal sanitario a estos eventos puede tener efectos devastadores en su bienestar psicológico, y a su vez, en la atención y seguridad del paciente.

Objetivo: Explorar la posible existencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios tras realizar una reanimación cardiopulmonar sin éxito.

Metodología y resultados: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en 5 bases de datos: EBSCOhost, PubMed, Cochrane Library, BVS y WOS. Se ha llevado a cabo un proceso de elección en distintas fases: por título, por resumen y por lectura completa, obteniendo un total de 22 artículos.

Discusión: El resultado de la RCP influye en la salud mental de los profesionales que la realizan. El problema más mencionado es el estrés post-código. Si estos síntomas continúan tiempo después de la muerte del paciente, pueden provocar un trastorno de estrés agudo e incluso más allá, un TEPT. La edad del paciente, la reacción de la familia del fallecido o las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal sanitario, entre otros, representan factores que condicionan las características de las emociones posteriores a la finalización sin éxito de una RCP.

Conclusión: Se debe establecer una cultura de apoyo que valore al personal sanitario y demuestre reconocimiento y preocupación por los efectos del estrés, brindándoles suficiente apoyo psicológico y ayudándoles a desarrollar resiliencia.

RESUM

Introducció: A la literatura científica, la reanimació cardiopulmonar (RCP) es descriu com una experiència particularment intensa i estressant per als professionals que la realitzen. L'exposició repetida del personal sanitari a aquests esdeveniments pot tenir efectes devastadors en el seu benestar psicològic, i alhora, en l'atenció i la seguretat del pacient.

Objectiu: Explorar la possible existència de problemes de salut mental en professionals sanitaris després de fer una reanimació cardiopulmonar sense èxit.

Metodologia i resultats: S'ha realitzat una cerca bibliogràfica a 5 bases de dades: EBSCOhost, PubMed, Cochrane Library, BVS i WOS. S'ha dut a terme un procés d'elecció en fases diferents: per títol, per resum i per lectura completa, obtenint un total de 22 articles.

Discussió: El resultat de la RCP influeix en la salut mental dels professionals. El problema més esmentat és l'estrès post-codi. Si aquests símptomes continuen temps després de la mort del pacient, poden provocar un trastorn d'estrès agut i, fins i tot, més enllà, un TEPT. L'edat del pacient, la reacció de la família de la víctima o les estratègies d'afrontament utilitzades pel personal sanitari, entre d'altres, representen factors que condicionen les característiques de les emocions posteriors a la finalització sense èxit d'una RCP.

Conclusió: Cal establir una cultura de suport que valori el personal sanitari i demostrï reconeixement i preocupació pels efectes de l'estrès, brindant-los suficient suport psicològic i ajudant-los a desenvolupar resiliència.

ABSTRACT

Introduction: In the scientific literature, cardiopulmonary resuscitation (CPR) is described as a particularly intense and stressful experience for the professionals who perform it. The repeated exposure of health personnel to these events can have devastating effects on their psychological well-being, and now, on the care and safety of the patient.

Objective: To explore the possible existence of mental health problems in professionals after a successful cardiopulmonary resuscitation.

Methodology and results: A bibliographic search has been made to 5 databases: EBSCOhost, PubMed, Cochrane Library, BVS and WOS. I have had to complete a selection process in different phases: per title, per summary and per complete reading, obtaining a total of 22 articles.

Discussion: The results of CPR influence the mental health of professionals. The most serious problem is the postcode stress. If these symptoms continue long after the patient's death, they can lead to acute stress disorder, eventually, even PTSD. The age of the patient, the reaction of the victim's family or the coping strategies used by health personnel, among others, represent factors that condition the characteristics of the emotions after the successful completion of CPR.

Conclusion: To establish a culture of support that values health personnel and demonstrates recognition and concern for the effects of stress, providing them with sufficient psychological support and helping them to develop resilience.

INTRODUCCIÓN

Más del 80% de las personas que sufren una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria fallecen en el lugar y se estima que entre el 40% y el 84% de todos los intentos de reanimación en unidades hospitalarias acaban en la muerte inmediata o inminente del paciente (1–3). Estos hallazgos podrían tener implicaciones importantes para la práctica. Los profesionales sanitarios que realizan reanimaciones podrían ser vulnerables a desarrollar estrés, trastorno de estrés postraumático (TEPT) o síntomas de agotamiento (4,5).

Los efectos del estrés agudo son muchos: impide el sueño reparador, induce a las personas a consumir drogas y reduce la productividad y el apetito. Además, afecta a la salud al causar problemas como: enfermedades del corazón, dolores, molestias estomacales, ansiedad y problemas de salud mental (6). El bienestar y el agotamiento de los profesionales sanitarios es una preocupación importante, con implicaciones en las tasas de deserción del personal, en la economía y, a su vez, en la atención, la satisfacción y la seguridad del paciente (7,8).

Las paradas cardíacas y la reanimación cardiopulmonar (RCP) se describen como experiencias particularmente intensas y estresantes para los profesionales que la realizan (9). Al vivir exposiciones frecuentes y acumulativas a reanimaciones sin éxito se puede producir un trauma psicológico, síntomas de TEPT y un nivel elevado de un estrés psicológico único, denominado estrés post- código (1–3). Somos conscientes de que convivir en contacto con el sufrimiento y la muerte, es un elemento importante generador de estrés identificado en la literatura (6,10,11).

A continuación, explicaré una serie de términos importantes para comprender esta investigación. El trastorno de estrés postraumático (TEPT), es un trastorno psiquiátrico que puede desarrollarse después de la exposición a un evento traumático único o repetitivo, como puede ser la exposición directa a la reanimación cardiopulmonar que sufre el personal sanitario. Es un estrés no resuelto, que causa un impacto emocional severo y puede tener efectos psicológicos duraderos en la persona (2,8,12). Los síntomas deben estar presentes durante varias semanas y posteriormente provocar algún tipo de deterioro funcional (13).

Otro término relevante es el estrés post- código. Se define como la respuesta psicológica aguda a la participación fallida en la reanimación, con antecedentes o estresores emocionales y físicos específicos (2). Y, por último, el Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o burnout es un estado crónico de estrés laboral. Afecta a personas que se dedican a cuidar y a solucionar problemas ajenos o cuya profesión implica una relación con los demás. Es por ello que el personal de la salud es un colectivo especialmente vulnerable a este síndrome (10,13).

Durante este trabajo, también se mencionarán distintas estrategias de afrontamiento personales o institucionales que condicionan las consecuencias psicológicas tras una RCP traumática. Por ello, cabe explicar el término “debriefing psicológico”. Es una intervención para el trauma agudo, que consiste en la verbalización de pensamientos, emociones y percepciones experimentados durante una experiencia traumática reciente. Se suele realizar con el equipo de reanimación y supervisores.

La atención sanitaria no termina con la finalización de la RCP, sino que se debe continuar dando información y apoyo a la familia. Una tarea muy importante que puede ser complicada, aún más cuando el equipo de reanimación queda impactado emocionalmente o cuando las reacciones de la familia frente a la pérdida se manifiestan en forma de negación, ira, llanto incoercible o bloqueo (1). Esto se agrava cuando el paro cardíaco es en niños y la reanimación no resulta exitosa, representa un evento devastador para numerosas partes, incluidas familias, amigos, proveedores de atención médica y comunidades (14).

Un estudio, realizado en 41 médicos jóvenes, mostró que el 73 % consideró que los paros cardíacos podían ser una experiencia traumática (7). La mayoría de los pacientes que se someten a RCP fallecen (15) y los sanitarios reconocen que la notificación de la muerte a los familiares es una tarea extremadamente difícil y estresante (4).

Las enfermeras que trabajan en unidades donde la reanimación es recurrente, se encuentran con la muerte a menudo, por lo que es importante comprender mejor este fenómeno (16). Un estudio muestra que, casi una de cada tres enfermeras de la UCI, había experimentado un trastorno de estrés agudo (TEA) después de la muerte de un paciente, lo que indica la importancia de brindar apoyo suficiente a las enfermeras para reducir el estrés que experimentan (8).

El conocimiento de cómo los profesionales sanitarios perciben estas situaciones críticas debe investigarse más a fondo. Se conoce que la exposición repetida del personal a eventos estresantes como reanimaciones fallidas, puede tener efectos devastadores en su bienestar físico, psicológico y emocional, y pueden reducir la calidad de su vida laboral. (6). Investigar este tema tendrá un impacto sustancialmente positivo en la atención al paciente (17).

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica, donde se ha recopilado la evidencia científica actualizada del tema propuesto y se ha realizado una lectura crítica de las fuentes seleccionadas. La búsqueda se ha planteado a partir de la siguiente pregunta PICO: ¿Cómo influyen los resultados de la RCP (éxito- muerte) en la salud mental de los profesionales que la realizan?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Explorar la posible existencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios tras realizar una reanimación cardiopulmonar sin éxito.

Objetivos específicos:

1. Conocer los problemas de salud mental y emociones posteriores a reanimaciones cardiopulmonares fallidas en el personal sanitario.
2. Describir los factores relacionados con las características de la RCP que aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental en los profesionales.
3. Identificar los factores personales de los sanitarios que aumentan el impacto psicológico tras reanimaciones cardiopulmonares sin éxito.

METODOLOGÍA

Estrategia de búsqueda bibliográfica.

La búsqueda bibliográfica y la revisión de la literatura se han realizado entre los meses de noviembre del 2021 y marzo de 2022.

A partir de la pregunta PICO se han obtenido las palabras clave y se han traducido al lenguaje documental a través del tesoro: Descriptores en ciencias de la salud (DeCS). Con esta transformación obtenemos los descriptores, estos son términos autorizados por las principales bases de datos en Ciencias de la Salud y se han clasificado en primarios y secundarios. Los primarios pertenecen a la población y a la intervención de nuestra pregunta y los secundarios hacen referencia a la comparación y al resultado que se quiere obtener. En este caso no queda clara la comparación de la intervención, por lo que no se ha utilizado ningún descriptor que haga referencia a esta.

Se debe recalcar que se han utilizado algunos descriptores no controlados, ya que al realizar la búsqueda con ellos se obtenían resultados relevantes para el objetivo de la investigación. En la siguiente tabla se muestran los términos de búsqueda en tres idiomas:

Tabla 1. Clasificación de descriptores.

	CASTELLANO	CATALÁN	INGLÉS
PRIMARIOS	Personal sanitario, profesionales sanitarios o enfermería	Personal sanitari, professionals sanitaris o infermeria	Health personnel, health professionals or nursing
	Reanimación cardiopulmonar	Reanimació cardiopulmonar	Cardiopulmonary resuscitation
SECUNDARIOS	Experiencias, salud mental, estrés psicológico o emociones	Experiències, salut mental, estrès psicològic o emocions	Experiences, mental health, psychological stress or emotions
	Muerte	Mort	Death

Para combinarlos utilizamos los siguientes operadores booleanos; O (OR) entre los términos similares para obtener mayores resultados en la búsqueda y Y (AND) para unir los distintos descriptores.

Como resultado conseguimos la siguiente estrategia de búsqueda:

- Primer nivel: (Health personnel OR health professionals OR nursing) AND (cardiopulmonary resuscitation).
- Segundo nivel: (Health personnel OR health professionals OR nursing) AND (cardiopulmonary resuscitation) AND (experiences OR stress psychological OR mental health OR emotions).
- Tercer nivel: (Health personnel OR health professionals OR nursing) AND (cardiopulmonary resuscitation) AND (experiences OR stress psychological OR mental health OR emotions) AND (death).

En la mayoría de las bases de datos solo ha sido necesario utilizar hasta el segundo nivel de búsqueda. No se han añadido descriptores más específicos, como ansiedad o trastorno de estrés postraumático, porque no se obtenían resultados suficientes o no eran de interés.

Límites establecidos y criterios de inclusión/ exclusión.

El único límite utilizado en todas las bases de datos fue la antigüedad de los artículos, siguiendo la Ley de crecimiento exponencial de Price se incluyeron los últimos 10 años, es decir, desde el año 2011, porque la búsqueda se inició a finales del 2021.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron:

- Los participantes. La investigación debe estar dirigida hacia el personal sanitario.
- Exposición de interés. Los profesionales deben haber participado como mínimo en una reanimación cardiopulmonar.
- La intervención. Muchos estudios hablaban de los factores estresantes de los sanitarios, pero al menos una parte debe hacer referencia a la reanimación cardiopulmonar.
- Contextualización. Se han incluido algunos artículos que no mostraban resultados relevantes en cuanto a la pregunta PICO, pero que definían los diferentes problemas de salud y me han servido para redactar la introducción.

Por otra parte, los criterios de exclusión definidos fueron los siguientes:

- La calidad de los artículos. Existen ciertos datos que no pueden faltar como el año de realización, el DOI, la fecha de aceptación como artículo científico, el nombre de los autores, la metodología utilizada...
- El contexto. Algunas de las investigaciones encontradas estudiaban la salud mental de los profesionales relacionada con la reanimación, pero en un contexto de guerra. No se han incluido porque considero que no se adaptan a nuestra realidad.

Estrategia de búsqueda en EBSCOhost.

Como metabuscador principal se utilizó EBSCOhost y para obtener el máximo número de resultados se seleccionaron todas las bases de datos vinculadas a la Biblioteca de la UIB.

Tras aplicar el primer nivel de búsqueda, ya con el límite en los últimos 10 años, se han encontrado 3.160 resultados. Continuamos con el segundo nivel y se obtienen 679. Al ser demasiados artículos para iniciar la primera selección se aplicó el tercer nivel y se consiguieron 120 estudios. A partir de aquí se realizó la lectura de los títulos y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionaron 56, de los cuales hubo 2 artículos en los que fue imposible encontrar el DOI por lo que no pude seleccionarlos. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y se incluyeron 19 estudios. Finalmente se realizó una lectura crítica de cada uno de ellos y se obtuvieron 8 artículos.

Estrategia de búsqueda en PubMed.

Como base de datos específica se utilizó PubMed, puesto que es una de las Bases de Datos sociosanitarias con más relevancia.

El número de artículos encontrados tras aplicar el primer nivel de búsqueda fue de 856, ya con el límite de los últimos 10 años. Para acotar un poco más los resultados se pasó al segundo nivel, obteniendo 26 estudios. En este caso no fue necesario continuar con el tercer nivel. Al valorar los criterios de inclusión y exclusión realizando una lectura superficial, los resultados se redujeron a 11. También había varios artículos que se repetían porque ya habían sido seleccionados desde EBSCOhost. Posteriormente se realizó una lectura más profunda, analítica y reflexiva, obteniendo finalmente 4 artículos de relevancia.

Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.

Como base de datos de revisiones se eligió Cochrane Library, que versa sobre medicina basada en la evidencia. Con el primer nivel se obtuvieron 164 estudios, con el límite de antigüedad ya introducido, y con el segundo 9, todos ellos ensayos clínicos. Se aplicaron los filtros de inclusión y exclusión quedándonos con 3 artículos, de los cuáles se seleccionó solo 1, ya que tras realizar la lectura crítica los otros no tenían suficientes resultados relevantes para el tema de investigación.

Al terminar la secuencia de búsqueda no obtuve artículos suficientes, por lo que decidí utilizar dos metabuscadores más para ampliar los resultados.

Estrategia de búsqueda en BVS (Biblioteca Virtual de la Salud).

Al introducir el primer nivel de búsqueda, con los límites de antigüedad ya establecidos, se alcanzan 6.311 artículos, pero al añadir el segundo nivel se reducen a 69. Se procedió a la lectura del título y del resumen y en este proceso se eliminaron 48, puesto que no eran interesantes para el tema. Al valorar los criterios de inclusión y exclusión, de estos 21 nos quedamos con 7, de los cuales 6 eran repetidos y ya habían sido seleccionados desde otras bases de datos. Por lo que finalmente solo se obtiene 1 artículo.

Estrategia de búsqueda en WOS (Web of Science).

El metabuscador WOS es el Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS. Se establece el límite a los últimos 10 años y se aplica el primer nivel de búsqueda, con un resultado de 2.659. Continuamos con el segundo nivel y se reducen a 655 artículos. Al ser un resultado muy grande para comenzar con la selección, fue necesario añadir el tercer nivel. Con los 99 artículos restantes se realiza una lectura superficial del título y el resumen, quedándonos con 20, de los cuales se lleva a cabo una lectura crítica. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y eliminando los artículos repetidos, finalmente se obtiene un resultado de 3 estudios relevantes para la pregunta de investigación.

En algunas bases de datos se encontraron artículos que no tenían acceso a texto completo, por lo que fue necesario pedir un préstamo interbibliotecario a la UIB para acceder a ellos.

Tras la segunda lectura profunda de todas las fuentes seleccionadas se identificaron referencias bibliográficas importantes para el fenómeno a estudio, por lo que el resto de los artículos se consiguieron al realizar la búsqueda dirigida o en bola de nieve.

(Anexo 1)

RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda bibliográfica en 5 bases de datos y la búsqueda en bola de nieve, se han seleccionado 22 estudios relevantes para el tema de investigación. A continuación, explicaré las características de los artículos obtenidos:

- Estudios por nacionalidades: 5 artículos se realizaron en Estados Unidos, 3 en Eslovenia, 3 en España (País Vasco) y el resto en Reino Unido, Nueva Zelanda, Irlanda, Taiwán, Suecia, Ámsterdam e Irán. Los 4 restantes son revisiones bibliográficas que han utilizado artículos de distintas nacionalidades.
- Estudios por financiación: 3 artículos son financiados, 10 no lo son y en el resto no se indica.
- Estudios por metodología: 10 estudios son cualitativos, 10 cuantitativos y en 2 se utilizan ambos métodos.
- Estudios por diseño:
 1. De los cualitativos encontramos: 4 revisiones bibliográficas, 5 estudios descriptivos fenomenológicos y 1 biografía.
 2. De los cuantitativos: todos son observacionales descriptivos.
 3. De los que utilizan ambos métodos: los 2 son una mezcla entre observacional descriptivo y fenomenológico.
- Estudios por técnica de recogida de datos: en algunos artículos se usan varias técnicas; se han utilizado 8 cuestionarios propios, 8 cuestionarios validados, 7 entrevistas individuales, 2 grupos focales y 1 historia de vida.

Todos los estudios van dirigidos a la misma población, a profesionales sanitarios: personal de enfermería, médicos, residentes, terapeutas ocupacionales, técnicos de emergencias sanitarias, paramédicos o personal de la salud en general. Los servicios que más se han investigado son: emergencias extrahospitalarias, urgencias hospitalarias y unidades de cuidados intensivos.

Diagrama de flujo.

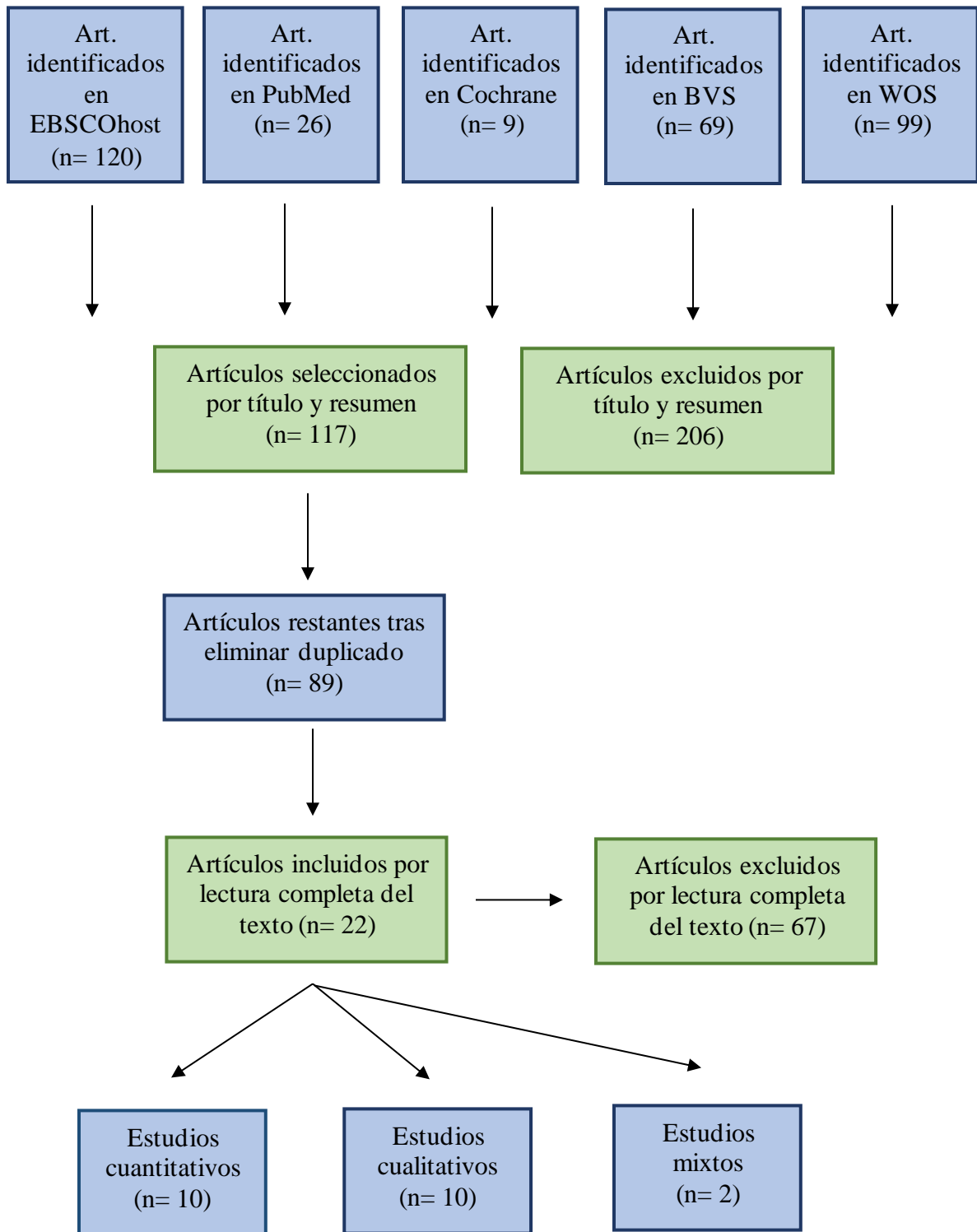


Tabla 2. Artículos seleccionados para la revisión.

Año publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Tamaño muestral	Nivel evidencia
2020	D. Slabe	Eslovenia	2018	Facultad de ciencias de la salud y Asociación de terapeutas ocupacionales	Terapeutas ocupacionales	Cuestionario propio	237	3
2019	M. Beed	---	2019	Equipos de soporte vital avanzado	Profesionales de la salud	Revisión bibliográfica	---	Nivel 2. IV
2012	S. Ballesteros Peña	País Vasco, España	---	Soporte vital básico	Técnicos de emergencias sanitarias	2 cuestionarios, propio y validado	98	3
2019	S. Spencer	Reino Unido	2016	Unidades hospitalarias agudas	Personal médico y de enfermería	2 cuestionarios, propio y validado	414	3
2022	A. Koželj	Eslovenia	2019	Unidades de emergencia	Enfermeros y técnicos	2 cuestionarios, propio y validado	457	3
2012	K. Hinderer	Estados Unidos	2011	Cuidados intensivos	Enfermeras	Entrevista individual	6	Nivel 3. VII
2020	D. Ng	California, Estados Unidos	2020	---	Estudiante de medicina	Historia de vida	1	Nivel 3. VIII
2011	J. Heiner	---	2010	---	Médicos	Revisión bibliográfica	---	Nivel 2. IV

2020	K. Strnad	Eslovenia	2020	Unidades de emergencias	Enfermeras	Cuestionario validado	44	3
2019	N. Anderson	Nueva Zelanda	---	Emergencias extrahospitalarias	Paramédicos	Cuestionario propio, entrevista y grupo focal	82	3/ Nivel 3. VII
2020	M. Myall	---	2019	Emergencias extrahospitalarias	Profesionales sanitarios prehospitalarios, familias y transeúntes	Revisión sistemática	---	Nivel 2. IV
2011	S. Healy	Irlanda	2009	Servicios de urgencias	Personal de enfermería y medicina	Cuestionario propio	103	3
2017	K. Tataris	Chicago, Estados Unidos	2013	Emergencias extrahospitalarias	Paramédicos y técnicos en emergencia	Cuestionario propio	2309	3
2021	C. Wang	Taiwán	2018-2019	Unidades de cuidados intensivos	Enfermeras	Cuestionario validado	109	3
2015	F. Sjöberg	Suecia	---	Unidades de cuidados intensivos	Enfermeras	Entrevistas individuales	8	Nivel 3. VII
2017	I. Fernández-Aedo	País Vasco, España	2015-2016	Unidades de soporte vital básico y avanzado	Enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias	Entrevista individual y grupo focal	13	Nivel 3. VII
2020	N. Gubric	---	2020	---	Profesionales sanitarios, familia y personas en riesgo	Revisión bibliográfica	---	Nivel 2. IV
2011	B. Buurman	Ámsterdam	2003	Unidades de	Personal de enfermería	2 cuestionarios	---	3

				medicina interna		, validado y propio		
2015	C. Kolehmainen	Wisconsin, Estados Unidos	2013- 2014	Unidades de medicina interna	Residentes de medicina	Cuestionario validado y entrevista individual	107	3/ Nivel 3. VII
2012	S. Ballesteros Peña	País Vasco. España	---	Unidades de soporte vital básico	Técnicos de emergencias sanitarias	Entrevista individual	8	Nivel 3. VII
2018	H. Hassankhani	Irán	2016	Unidades de cuidados intensivos o emergencias extrahospit alarias	Personal de enfermería y medicina	Entrevista individual	17	Nivel 3. VII
2017	D. McMeekin	Estados Unidos	2014- 2015	Unidades de cuidados críticos	Enfermeras	Cuestionario validado	490	3

(Anexo 2)

Problemas de salud mental y emociones experimentadas.

En la literatura existente, las enfermeras que participan en RCPs fallidas informan sentimientos de ansiedad, pena, ira, angustia, inutilidad e impotencia, lo que puede provocar el llamado estrés post- código (2,9,14). Además, en otros estudios que también se incluye al personal de medicina, se ha expresado tristeza, depresión, desesperación, evitación, despersonalización, fatiga, pensamientos recurrentes sobre el difunto y culpa (4,16). La acumulación de todos estos síntomas puede conducir al TEPT (3,5,7).

De todas las emociones descritas la que más se repite son los pensamientos intrusivos, el pensar que puede que se haya pasado por alto un signo o síntoma que hubiera ayudado a predecir que el paciente se pararía o que se podría haber hecho algo más por salvar su vida (3). Esta sensación también se menciona en una biografía de vida, donde un residente de medicina cuenta su experiencia en su primer código fallido y explica que meses después continuó teniendo pesadillas y re- experimentando psicósomáticamente el momento (18).

En la literatura científica, las experiencias relacionadas con la muerte y el morir se asociaron con el síndrome de desgaste profesional o burnout. Esto deja a los profesionales sanitarios en situación de vulnerabilidad una vez más, ya que las viven en su día a día (4,5).

Un estudio realizado con personal de emergencias extrahospitalarias muestra que el 10% ha estado en riesgo de sufrir TEPT como resultado de asistir a un paro cardiaco. Todos estos problemas psicológicos conllevan impactos fisiológicos adversos (en el sueño, en la dieta...) y un impacto en la vida familiar (9).

En algunas entrevistas el personal de enfermería también ha hablado de la desensibilización y la desconexión emocional. Explican que, tras estar constantemente en contacto con situaciones intensas emocionalmente, aprenden a desconectar completamente después del trabajo, incluso a veces manifiestan que han sentido indiferencia. Algunas enfermeras describieron que han formado un "muro" emocional. Este distanciamiento del apego personal les permite "vivir en su día a día con la muerte" (10,16).

En un grupo focal formado por técnicos de emergencia y enfermeros, manifestaron que tras una RCP sin éxito, sienten una combinación de tristeza por no haber podido salvar la vida del paciente y de bienestar al estar convencidos de que se ha realizado todo el esfuerzo posible (1).

Factores relacionados con las características de la RCP que aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental.

El impacto emocional que aparece en el personal sanitario tras una RCP con resultado de muerte es un fenómeno variable y dependiente de múltiples factores (11).

Un aspecto que condiciona las consecuencias psicológicas tras una RCP fallida es la presencia o no de apoyo institucional. En un estudio que se realizó al personal de enfermería de cuidados intensivos se obtienen puntuaciones de estrés post- código significativamente más bajas para las enfermeras que poseen apoyo institucional, como psicólogos de la unidad o refuerzo por parte de los supervisores, que para aquellas que no lo poseen (2). Además, el apoyo y la retroalimentación con el equipo tras la reanimación es fundamental. Los profesionales manifiestan que las conversaciones durante el debriefing son críticas y que nadie debería irse a casa con sentimientos sin procesar después de eventos agudos que se experimentan en el trabajo (17).

Los síntomas de TEPT y mayores niveles de agotamiento y fatiga son significativamente más frecuentes en las enfermeras de cuidados intensivos y departamentos de emergencia, ya que tienen una mayor exposición a reanimaciones cardiopulmonares (2,3,7).

Ante la ausencia de un médico, el personal de enfermería debe notificar el fallecimiento del paciente a sus familiares. En entrevistas de varios estudios, los enfermeros reconocen este momento como uno de los más incómodos y críticos de su profesión, lo que puede provocar un estrés adicional que puede durar un tiempo prolongado. (1,3,9,15). Esto hace que se tienda a evitar la notificación de la muerte (1,15,19).

Se le añade aún más grados de dificultad cuando el fallecido tras la RCP es un niño. Los profesionales manifiestan una mayor capacidad de empatía, y las emociones siguientes al cese de la reanimación son relatadas como más intensas que las vividas cuando el paciente es adulto (1,3,10). Les resulta más difícil asumir la muerte y aparece un sentimiento de responsabilidad que puede provocar que se inicien maniobras de reanimación fútiles o se retrase su final (1).

Varias enfermeras afirmaron que, si la familia había sido capaz de lidiar con la muerte, ellas también podrían hacerlo. En cambio, si no la aceptan, les provocaba mayor impacto psicológico y estrés (16). Los familiares suelen asumir mejor el fallecimiento de su ser querido si han sido preparados para ello, es decir, las emociones pueden ser más intensas dependiendo de si la muerte es esperada o inesperada (8).

Cuando las sensaciones durante la reanimación han sido de caos y desorden, los sentimientos y emociones posteriores serán negativos y aumentará el estrés (17). Esto se debe a que los profesionales tienen la impresión de que se podría haber actuado mejor y que quizás el resultado no hubiera sido el mismo.

También se conoce que tomar un descanso tras la RCP se correlaciona con una mejor salud mental y física, por ejemplo: desconectar de los pacientes, salir a dar un paseo, tomar el aire, reflexionar sobre lo ocurrido... El personal médico y enfermero que nunca se tomó un descanso después de un paro cardíaco tuvo una frecuencia más alta de TEPT que el personal que sí que lo hizo (7,12).

Por último, dependiendo de la causa de la RCP, las emociones posteriores al fallecimiento pueden ser más o menos intensas. La principal fuente de estrés es: suicidio, muerte por hechos delictivos y accidentes de tráfico (15). También influye en la intensidad de los sentimientos si los profesionales han cuidado al paciente durante mucho tiempo o si lo conocían previamente (4,8,20).

Factores personales que aumentan el impacto psicológico.

El modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman explica que la diferencia en los comportamientos de afrontamiento utilizados puede ofrecer una explicación de por qué las personas tienen diferentes resultados psicológicos después de eventos similares. Es decir, manifiestan que los factores cognitivos tienen un impacto crítico en la respuesta a un evento serio, como puede ser una reanimación cardiopulmonar fallida (2,5).

Las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar en 2 grandes grupos: comportamientos efectivos e ineficaces. Los comportamientos efectivos, activos o instrumentales, disminuyen o eliminan el estrés traumático, estos son: la aceptación, el apoyo instrumental, el pensamiento positivo, el manejo activo de los problemas... Por otro lado, los comportamientos ineficaces o pasivos, como la evitación, el uso de medicamentos, la autculpabilización, la negación y la desconexión conductual, aumentan significativamente el estrés psicológico y disminuyen la salud mental (2,4,5).

Un factor que parece importante es el género del profesional. En varios artículos se expone que el estrés post- código, la gravedad de los síntomas de TEPT y el estrés agudo, fueron significativamente más altos para las participantes femeninas que para los participantes masculinos (2,3,6,21).

También se encontró que las emociones inmediatas y el impacto psicológico que puede aparecer tras un intento de reanimación sin éxito, pueden venir determinadas por la vinculación personal con el paciente (personas conocidas o pacientes habituales) o el grado de empatía con el evento (situaciones que recuerdan experiencias personales) y no expresamente por la muerte en sí misma (1).

Por último, se ha encontrado en la literatura científica que los conocimientos en RCP que posee el personal sanitario están relacionados con la tensión y la ansiedad experimentada. Los proveedores con un mayor nivel de capacitación en la RCP y en notificaciones de defunción reportaron niveles más bajos de estrés (11,22).

DISCUSIÓN

Tras revisar todos los resultados y recopilar la información relevante, conseguí responder a la pregunta de investigación y a los objetivos generales y específicos que había propuesto.

El resultado de la RCP influye en la salud mental de los profesionales que la realizan. El problema más mencionado en la literatura científica ha sido el estrés post- código, que se crea tras la participación repetida en intentos fallidos de reanimación, que provoca efectos significativos en la salud psicológica de los profesionales registrados en todos los entornos de práctica (2). Y como se ha mencionado anteriormente, el estrés del personal sanitario no termina cuando el paciente muere, sino que los síntomas pueden continuar, dando como resultado un trastorno de estrés agudo e incluso más allá, un TEPT (8).

En un estudio se informa que el 29,5% de las enfermeras tuvo estrés moderado/intenso tras alguna reanimación cardiopulmonar fallida (12). Otro artículo muestra que el 10 % del personal de medicina y enfermería de urgencias dio positivo en la detección de TEPT después de una reanimación cardiopulmonar y el 47% declaró síntomas de trauma. Además, el 16,3 % de los profesionales manifestaron que habían considerado dejar el trabajo por completo debido a los efectos traumáticos de estas experiencias (7).

El contacto profesional con la muerte provoca reacciones psicológicas de distinta intensidad dependiendo de las características de la situación. Por lo que, la edad del fallecido, la reacción de la familia del paciente o las experiencias previas de los profesionales sanitarios, entre otros, son factores que condicionan la magnitud de las emociones posteriores a la finalización sin éxito de una RCP (1).

Existe un pánico adicional si la persona es joven o la familia está en el lugar. El mayor nivel de estrés manifestado por la mayoría de los participantes de los estudios fue por reanimaciones fallidas en jóvenes (3,5–7), las cuales pueden provocar en los profesionales un duelo prolongado, ansiedad y síntomas de TEPT (14). En un estudio, el 47 % de los médicos de urgencias informaron sentirse incapacitados durante el resto de su turno después de una RCP pediátrica que resulte en muerte (4).

La relación con la familia del fallecido tras la reanimación es uno de los aspectos que más dudas e incertidumbres provoca entre el personal sanitario, puede ser emocionalmente estresante, incluso en ocasiones pueden llegar a sentirse amenazados. Varios enfermeros y residentes de medicina mencionan que se debe a una capacitación inadecuada en notificación de muerte (1,8,10,15,22).

Los comportamientos de afrontamiento podrían ser el vínculo influyente en la progresión de los estados de estrés agudo a estados de estrés crónico no resuelto (2,4,5). Se ha estudiado que los profesionales de cuidados intensivos y de emergencias experimentan traumas psicológicos repetidos por reanimación cardiopulmonar fallida. Si además utilizan comportamientos de afrontamiento ineficaces, pueden mostrar estados bastante altos de deterioro psicológico, lo que podría manifestarse como síntomas de TEPT (2).

La mayoría de los participantes consideró que un “debriefing” tras una RCP impactante fue una experiencia positiva. Se ha demostrado que apoya el bienestar emocional de los profesionales, ya que se trata de una retroalimentación. Se percibe como una afirmación positiva de que los miembros del equipo hicieron todo lo que pudieron en la situación. (7,8,12,17). A pesar de ello, el debriefing y el apoyo con terapeutas o psicólogos de la unidad, no se realiza de forma rutinaria, por este motivo el personal busca foros alternativos (4,17).

En consecuencia, con el objetivo de superar las emociones negativas derivadas de los fallecimientos tras la RCP, los profesionales utilizan diferentes estrategias que surgen de manera espontánea, generalmente en solitario, como ir a pasear o meditar. También, refieren apoyarse en los compañeros de trabajo para compartir sensaciones y disminuir las impresiones negativas, ya sea durante horas laborales o en momentos de ocio (1,6,8,16). Queda demostrado que el apoyo social es una estrategia de afrontamiento activa para lidiar con el estrés traumático y protege significativamente contra el TEPT (4).

Existen una serie de contenidos relacionados con el tema abordado que requieren más investigación. En varios artículos se expone la necesidad de ampliar los conocimientos de los aspectos que se mencionan a continuación.

La literatura reconoce que los esfuerzos de reanimación son eventos altamente estresantes para todos los profesionales de la salud, pero se conoce poca información sobre cómo las enfermeras especialmente viven estas situaciones (3). Además, se necesita más investigación para comprender mejor si estos desafíos traumáticos, son el resultado del estrés resultante del incidente o los mecanismos de afrontamiento, en lugar de una capacitación inadecuada (9).

Por último, es necesario investigar más a fondo las mejores estrategias para apoyar a los miembros del equipo de reanimación, especialmente cuando las circunstancias de un paro cardíaco son más catastróficas de lo normal (4,20).

Limitaciones del estudio.

De los artículos seleccionados, sólo 3 presentan una pregunta PICO similar a la de mi trabajo, pero el resto de los estudios contienen resultados u objetivos específicos que también dan respuesta a la investigación.

En la mayoría de los artículos revisados coinciden los resultados, pero existe una contradicción en uno de los factores personales que aumentan el impacto psicológico. En varios estudios se expone que los participantes con más años de experiencia informaron menos estrés, por lo que los miembros del equipo más jóvenes son los más afectados mentalmente tras reanimaciones con resultados negativos (3,7,16,19,20). En cambio, en otros estudios se indica que los profesionales con más experiencia muestran más respuestas de TEPT después de una RCP fallida (4–6,11).

Cabe mencionar que se han seleccionado estudios de distintas nacionalidades e incluso de distintos continentes. No todos los sistemas sanitarios están igual de avanzados, las condiciones laborales de los profesionales son distintas y la salud mental no está reconocida al mismo nivel en todos los países. A consecuencia de esto, se conoce que los problemas psicológicos mencionados pueden estar influidos por otros factores.

Propuestas de intervención.

Esta revisión bibliográfica establece una base de evidencia para futuras investigaciones intervencionistas. Por lo que a continuación, expondré una serie de propuestas de intervención que surgen tras el estudio y que se exponen también en algunos de los artículos seleccionados.

Se deben implementar sistemas para identificar al personal en riesgo de TEPT y realizar intervenciones para reducir el impacto traumático tras los códigos que acaban en muerte (7,12,21). Algunas de las acciones podrían ser; instaurar un servicio de atención psicológica para el personal sanitario en las unidades con más riesgo (12) o proporcionar foros para que los profesionales escriban o discutan sus experiencias (21).

Otro recurso importante que ayuda a mitigar los efectos traumáticos y a construir resiliencia personal es el “debriefing” (1,8). Para lograr que esta estrategia se utilice más a menudo se debería orientar y capacitar en la técnica a los líderes de reanimación y jefes del servicio (7). Sería beneficioso otorgar un espacio físico en las unidades para fomentar el acceso al apoyo social, así brindar oportunidades para discutir eventos de código con compañeros y supervisores (21).

No existe capacitación formal dentro de los cursos de soporte vital avanzado sobre cómo comunicar malas noticias tras la RCP fallida, ni hay capacitación en 'primeros auxilios psicológicos' para proporcionar apoyo psicosocial a las familias en duelo (7,9,14,22). Una mayor formación para adquirir estas habilidades podría reducir los niveles de estrés de los profesionales. También sería beneficioso realizar un entrenamiento sistemático y recurrente en RCP para todos los trabajadores sanitarios (11,17).

CONCLUSIÓN

En conclusión, queda demostrado que en ciertas situaciones la muerte tras una RCP puede implicar una experiencia traumática para los reanimadores. Las respuestas emocionales negativas no están relacionadas con la muerte en sí misma, sino más bien con el grado de empatía del profesional o con los hechos que rodean la muerte, como el trato con los familiares o que el paciente sea joven o alguien con el que se ha tenido relación por un largo tiempo (1).

La mayoría de los participantes enfermeros de los estudios revisados, concluyeron que la muerte del paciente tras la RCP muchas veces les había impactado psicológicamente (16), lo que puede afectar negativamente a su desempeño laboral (21).

Para evitar en la medida de lo posible lo anterior, los gerentes deben establecer una cultura de apoyo que valore al personal y demuestre reconocimiento y preocupación por los efectos del estrés (6). Se necesita un programa integral, y este debe tener como objetivo mejorar la competencia de los profesionales en RCP y en notificación de malas noticias (15), brindándoles suficiente apoyo psicológico y ayudándoles a desarrollar resiliencia y/o estrategias de afrontamiento (8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. *Enferm Intensiva*. 2017;28(2):57–63.
2. McMeekin DE, Hickman RLJ, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. *Visão* [Internet]. 2017;(2):3–5. Available from: <http://visao.sapo.pt/tu-ca-tu-la=f700573>
3. Koželj A, Pogačar MŠ, Fijan S, Strauss M, Postuvan V. Exploring the feelings of nurses during resuscitation—a cross-sectional study. 2022;
4. Heiner JD, Trabulsky ME. Coping with the death of a patient in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2011;58(3):295–8.
5. Buurman BM, Mank APM, Beijer HJM, Olf M. Coping with serious events at work: A study of traumatic stress among nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2011;17(5):321–9.
6. Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. 2011;31–7.
7. Spencer SA, Nolan JP, Osborn M, Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*. 2019;142:175–81.
8. Wang CP, Hung FM, Ling MS, Chiu HY, Hu S. Factors associated with critical care nurses' acute stress disorder after patient death. *Aust Crit Care*. 2021;(150).
9. Myall M, Rowsell A, Lund S, Turnbull J, Arber M, Crouch R, et al. Death and dying in prehospital care: what are the experiences and issues for prehospital practitioners, families and bystanders? A scoping review. *BMJ Open*. 2020;10(9):e036925.
10. Ballesteros Peña S. Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital. 2012.
11. Slabe D, Oven A. Evaluation of Slovenian Occupational Therapists' Theoretical Knowledge and Stress Levels Connected With Providing Cardiopulmonary Resuscitation. *Inq (United States)*. 2020;57:1–8.
12. Strnad KA. SM. Experiencing Stress among Nurses during Resuscitation

- Procedure and Legal Obligations for Healthcare Workers in Slovenia. 2020;13:237–62.
13. Ballesteros Peña S, Lorrio Palomino S, Rollán Vallejos J. Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del país vasco. *Emergencias*. 2012;24(1):13–8.
 14. Grubic N, Puskas J, Phelan D, Fournier A, Martin LJ, Johri AM. Shock to the Heart: Psychosocial Implications and Applications of Sudden Cardiac Death in the Young. 2020;
 15. Hassankhani H, Haririan H, Porter JE, Heaston S. Cultural aspects of death notification following cardiopulmonary resuscitation. *J Adv Nurs*. 2018;74(7):1564–72.
 16. Hinderer KA. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2012;31(4):252–9.
 17. Sjöberg F, Schönning E, Salzmänn-Erikson M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2015;24(17–18):2522–8.
 18. Ng DB. Teaching and Learning Moments The Burdens We Bear. 2020;95:2020.
 19. Anderson NE, Slark J, Faasse K, Gott M. Paramedic student confidence, concerns, learning and experience with resuscitation decision-making and patient death: A pilot survey. *Australas Emerg Care*. 2019;22(3):156–61.
 20. Beed M, Penn M. Does psychological trauma affect resuscitation providers? *Resuscitation*. 2019;142:188–9.
 21. Kolehmainen C, Stahr A, Kaatz A, Brennan M, Vogelmann B, Cook DJ, et al. Post-Code PTSD Symptoms in Internal Medicine Residents Who Participate in Cardiopulmonary Resuscitation Events: A Mixed Methods Study. 2015;475–9.
 22. Tataris KL, Richards CT, Stein-Spencer L, Ryan S, Lazzara P, Weber JM. EMS Provider Perceptions on Termination of Resuscitation in a Large, Urban EMS System. *Prehospital Emerg Care*. 2017;21(5):610–5.

ANEXOS

Anexo 1.

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	P: Profesionales sanitarios proveedores de RCP I: RCP sin éxito C: RCP con éxito O: Problemas de salud mental ¿Cómo influyen los resultados de la RCP (éxito- muerte) en la salud mental de los profesionales que la realizan?		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Explorar la posible existencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios tras realizar una reanimación cardiopulmonar sin éxito. - Específico 1: Conocer los problemas de salud mental y emociones posteriores a reanimaciones cardiopulmonares fallidas en el personal sanitario. - Específico 2: Describir los factores relacionados con las características de la RCP que aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental en los profesionales. - Específico 3: Identificar los factores personales de los sanitarios que aumentan el impacto psicológico tras reanimaciones cardiopulmonares sin éxito. 		
Palabras clave	Profesionales o personal sanitario, reanimación cardiopulmonar, experiencias, emociones, estrés psicológico, salud mental.		
Descriptores	Se presentarán en castellano e inglés, a partir consultas realizadas en DeCS y MeSH En caso necesario, incluir también los subdescriptores (calificadores) que se consideren oportunos		
		Castellano	Inglés
	Principal	Personal sanitario, profesionales sanitarios o enfermería.	Health personnel, health professionals or nursing.
Secundario/s	<ul style="list-style-type: none"> - Reanimación cardiopulmonar. - Experiencias, salud mental, estrés psicológico o emociones. - Muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopulmonary resuscitation. - Experiences, mental health, psychological stress or emotions. - Death. 	
Operadores booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er nivel (principal)	(Health personnel or health professionals or nursing) AND (cardiopulmonary resuscitation).	
	2do nivel (principal, secundario/s)	2n nivel: (Health personnel or health professionals or nursing) AND (cardiopulmonary resuscitation) AND (experiences or stress psychological or mental health or emotions)	

	3r nivel: (Health personnel or health professionals or nursing) AND (cardiopulmonary resuscitation) AND (experiences or stress psychological or mental health or emotions) AND (death).		
Áreas de conocimiento	Reanimación cardiopulmonar, personal sanitario, paro cardíaco, medicina, enfermería, psicología (salud mental), muerte, soporte vital avanzado.		
Selección de bases de datos	Metabuscadores BVS <input type="checkbox"/> Otras (especificar) EBSCOhost <input type="checkbox"/> WOS (Web of Science) <input type="checkbox"/>	Bases de datos específicas PubMed <input type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IBECs <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> CINHALL <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>	Bases de datos revisiones Cochrane <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>
Límites	Años de publicación	Últimos diez años (incluyo el año 2011 porque la búsqueda se inició en 2021).	
	Idiomas	Se incluyen artículos de cualquier idioma.	
	Tipos de publicación	Se incluye cualquier tipo de publicación.	
	Otros límites	No se han aplicado otros límites.	

Resultados de la búsqueda

Metabuscador	EBSCOhost.			
Límites introducidos	Últimos 10 años.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 3.160	Resultado final	
	2do nivel	Nº 679	8	
	Otros	Nº 120	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	X
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Base de Datos específica	PubMed.			
Límites introducidos	Últimos 10 años.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 856	Resultado final	
	2do nivel	Nº 26	4	
	Otros	Nº -	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	X
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		

Base de Datos de Revisiones	Cochrane.			
Límites introducidos	Últimos 10 años.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 164	Resultado final	
	2do nivel	Nº 9	1	
	Otros	Nº ---	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
Obtención de la fuente primaria				
Directamente de la base de datos			X	
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)			X	
Biblioteca digital de la UIB			X	
Biblioteca física de la UIB				
Otros (especificar)				

Al acabar la secuencia de búsqueda no obtuve artículos suficientes, por lo que decidí utilizar dos metabuscadores más para ampliar los resultados.

Metabuscador	Biblioteca Virtual en Salud.			
Límites introducidos	Últimos 10 años.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 6.311	Resultado final	
	2do nivel	Nº 69	1	
	Otros	Nº ---	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		

Metabuscador	WOS (Web of Science)			
Límites introducidos	Últimos 10 años.			
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 2.659	Resultado final	
	2do nivel	Nº 655	3	
	Otros	Nº 99	Criterios de exclusión	
			Sin interés para mi tema de investigación	X
			Déficit de calidad del estudio	X
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias		

Búsqueda en bola de nieve: 5.

TOTAL: 22

Anexo 2.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno		N1	
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/94e2869e-a7d6-3964-bc89-40d1db831a54/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B36744e83-9b64-4bb8-89bc-d9552df72e5a%7D		
	DOI	10.1177/0046958020963683		
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Slabe D, Oven A. Evaluation of Slovenian Occupational Therapists' theoretical knowledge and stress levels connected with providing cardiopulmonary resuscitation. Inquiry [Internet]. 2020 [citado el 20 de febrero de 2022];57:46958020963683.			
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	<input type="checkbox"/>	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)	
	2	<input type="checkbox"/>	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica	
	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio	
	4	<input type="checkbox"/>	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.	
Introducción	Justificación	Hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio específico de terapia ocupacional que considere las habilidades de RCP y los niveles de estrés de los terapeutas ocupacionales.		
	Objetivos	Evaluar el conocimiento de RCP en una muestra de terapeutas ocupacionales eslovenos. Además, investigar si el conocimiento de los parámetros de RCP y las pautas actuales afectan a los niveles de estrés percibidos de los terapeutas ocupacionales en una emergencia hipotética.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2020		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario propia elaboración	El cuestionario incluía 4 grupos de preguntas que ponían a prueba el conocimiento de los participantes sobre RCP y se autoevaluaban sus niveles de estrés y conocimientos.	
Escala (Validada/No validada)				
Registros				
Técnicas Cualitativas				
Otras				

	Población	Población universal: Terapeutas ocupacionales que trabajan en Eslovenia.
		Población diana: Terapeutas ocupacionales que están en la base de datos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ljubljana y la Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Eslovenia.
Resultados Relevantes	La mayoría de los participantes sintieron que necesitaban actualizar sus conocimientos de RCP y primeros auxilios. El 19 % de los participantes marcaron su nivel de estrés como 10 y el 13% como 9.	
Discusión Planteada	Los terapeutas ocupacionales generalmente expresaron altos niveles de estrés cuando se les pidió que imaginaran tener que reanimar a una persona. Una persona con buenos conocimientos de RCP podría estar en un mejor estado mental para ayudar a una persona que sufre un paro cardíaco repentino.	
Conclusiones	Nuestro estudio indica una débil asociación negativa entre el conocimiento de la RCP y el estrés relacionado con la reanimación. Se encontró que los terapeutas ocupacionales mayores y con más experiencia tenían un conocimiento inferior de la RCP y reportaron más estrés en comparación con los terapeutas más jóvenes. Nuestros hallazgos sugieren que el entrenamiento sistemático y recurrente en RCP debería ser más importante para este grupo profesional y podría reducir sus niveles de estrés.	
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)		McMeekin DE, Hickman RL, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. Am J Crit Care. 2017;26(2):128-135. doi:10.4037/ajcc2017916.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno		N2
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/3ff094e7-974f-350d-ac32-8cb9d9c2156f/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B1570e5b2-082f-410c-b832-fd2c12e2c750%7D	
	DOI	10.1016/j.resuscitation.2019.07.022	
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Beed M, Penn M. Does psychological trauma affect resuscitation providers? Resuscitation [Internet]. 2019;142:188–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.07.022		
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	<input type="checkbox"/>	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	<input type="checkbox"/>	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input type="checkbox"/>	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Los profesionales sanitarios pueden sufrir eventos perturbadores que pueden tener efectos que traspasan los límites del trabajo y llegan a su vida personal. Esto plantea la pregunta: ¿podemos detectar aquellos casos que probablemente afectarán más? ¿Se pueden identificar a las personas con mayor probabilidad de verse afectadas? En cualquier caso, ¿se puede hacer algo al respecto o es solo parte integral de ser médico o enfermera?.	
	Objetivos	No se especifican literalmente en el texto pero se pueden suponer: detectar casos de reanimación que pueden afectar mentalmente a los profesionales sanitarios, identificar	

		profesionales con mayor probabilidad de verse afectados e investigar si se puede hacer algo al respecto.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2019		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas				
Otras:		Búsqueda bibliográfica.		
Población	Población universal: Equipos de soporte vital avanzado.			
	Población diana: No se especifica.			
Resultados Relevantes	Se explica una experiencia de una reanimación fallida que provocó dificultad del sueño e intrusiones de pensamientos a un médico joven. Las situaciones de riesgo para sufrir TEPT fueron: que el paciente fuera joven, que fuera una parada inesperada y que el profesional sanitario fuera inexperto. El debriefing podría proporcionar una oportunidad para intervenir y prevenir los síntomas del trauma psicológico antes de que se establezcan.			
Discusión Planteada	No existe apartado de discusión.			
Conclusiones	Tras observar los resultados, se destacó que es importante hacer hincapié en un enfoque departamental para gestionar estos casos de estrés postraumático de profesionales sanitarios, con la participación de los altos cargos.			
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	Spencer SA, Nolan JP, Osborn M, Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practice. Resuscitation 2019;142:175–81			

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N3
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/94793e7e-6630-3bcd-9969-3519369ad6d2/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B88cceb95-f7e4-4e3c-a6f5-c9f9afcbaa06%7D
	DOI	No se especifica el DOI ni en el artículo ni en la base de datos.

Referencia bibliográfica (Vancouver)	<p>Peña SB, Palomino SL, Vallejos JR. Professional burnout among basic life support caregivers in the basque country. Emergencias [Internet]. 2012 [citado el 23 de febrero de 2022];24(1):13–8. Disponible en: https://www.mendeley.com/catalogue/94793e7e-6630-3bcd-9969-3519369ad6d2/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B88cceb95-f7e4-4e3c-a6f5-c9f9afcbaa06%7D</p>			
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)		
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica		
	3	X Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio		
	4	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.		
Introducción	Justificación	El desgaste profesional o síndrome de burnout ocurre con gran frecuencia en los trabajadores de la salud, producto de la relación profesional-paciente y/o profesional-organización que puede afectar tanto a la comunicación como a la toma de decisiones clínicas. Específicamente se ha visto agravado en los trabajadores de los servicios de emergencias médicas por las condiciones y el ámbito laboral.		
	Objetivos	Estudiar los niveles y la prevalencia del desgaste profesional, así como su relación con determinadas variables personales y sociolaborales, entre los técnicos en emergencias sanitarias (TES) de las unidades de soporte vital básico (SPV) del País Vasco (CAPV).		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo (transversal)	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2012		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS).
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales diseñado para la investigación.
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
		Técnicas Cualitativas		
		Otras		
Población	Población universal: Técnicos de emergencias sanitarias.			
	Población diana: TES en unidades de SVB de la Red de Transporte Sanitario Urgente del País Vasco.			
Resultados Relevantes	Los niveles globales de afectación del síndrome de desgaste profesional fueron considerados como elevados o muy elevados en el 62,2 % de los sujetos. La dimensión que presentó un mayor número de			

	afectados fue la despersonalización (68,4%), seguida de la falta de realización personal (62,2%) y el cansancio emocional (37,7%). Los trabajadores con medianas de antigüedad profesional más altas presentaron mayores proporciones de afectación en grado elevado/muy elevado.
Discusión Planteada	Los resultados de este estudio revelan que el ejercicio profesional de los TES del SVB del País Vasco se comporta como una tarea con muy alto grado de desgaste, con mayores niveles que el resto del colectivo sanitario. Se puede apreciar relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de estudios y el grado de cansancio emocional.
Conclusiones	El apartado de conclusión está dentro del apartado de discusión, al final de este. El desgaste profesional puede llegar a tener repercusiones desfavorables sobre el rendimiento y la calidad asistencial del trabajador. Por este motivo se justifica la necesidad de realización de estudios que identifiquen y cuantifiquen los niveles de desgaste, que investiguen los factores causales en cada comunidad y que aboguen por la implementación de estrategias de prevención o intervención en el contexto organizativo laboral.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encontró bibliografía que se pudiera incluir en mi estudio por la antigüedad de los artículos.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N4
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/39f31dfc-e457-3b99-8a5f-b33b215e34d0/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B483e336e-6267-4127-a58e-b0ada1c56bf9%7D
	DOI	10.1016/j.resuscitation.2019.06.280
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Spencer SA, Nolan JP, Osborn M, Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. Resuscitation [Internet]. 2019;142:175–81. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.280	
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	El bienestar y el agotamiento del personal de atención médica es una preocupación importante con implicaciones para las tasas de deserción del personal y, a su vez, la atención, la satisfacción y la seguridad del paciente. Una de las causas puede ser la exposición a experiencias estresantes, como un paro cardíaco en el hospital (IHCA). La exposición a estos eventos puede resultar en ansiedad, hiperexcitación, evitación y flashbacks. La acumulación de síntomas puede conducir al estrés postraumático (TEPT).

		Se recomienda la realización de informes después de la IHCA para facilitar debates abiertos para el aprendizaje y la mejora, pero se desconoce su impacto en el TEPT.		
	Objetivos	Examinar las prácticas de debriefing de paro cardíaco y la carga psicológica de asistir a IHCA en el personal médico y de enfermería que trabaja en áreas agudas del hospital.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2019		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	Cuestionario de detección de trauma (TSQ).	
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	La encuesta tiene tres secciones: datos demográficos; paro cardíaco y prácticas de debriefing experimentadas durante los 12 meses anteriores; y el cuestionario de detección de trauma (TSQ) que se incluye dentro de esta.	
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas				
Otras				
Población	Población universal: personal médico y de enfermería que trabaja en áreas agudas del hospital.			
	Población diana: enfermeras que trabajaron en el ED, AMU o ICU y médicos de la fundación (FY), médicos en formación (CT) y registradores médicos, que habrían rotado por estos departamentos o habrían formado parte del equipo de reanimación en los 12 meses anteriores.			
Resultados Relevantes	La mayoría del personal consideró que un debriefing fue una experiencia positiva; las razones más frecuentes fueron sentirse más apoyado, tener tiempo para hacer o responder preguntas al equipo y sentirse mejor en general. Después de los IHCA, el 54 % del personal nunca se tomó un descanso, los cuales tienen más riesgo de sufrir TEPT. El 9,60 % de los profesionales evaluados dieron positivo en la detección de TEPT y el 46,7% informaron entre 1 y 5 síntomas de trauma psicológico. No tener tiempo para ejecutar un debriefing fue la razón más común para no hacerlo y la mayoría de los líderes de reanimación no tenían capacitación para ello. El 16,3 % del personal declaró haber considerado dejar el trabajo por completo debido al efecto traumático del paro cardíaco.			
	Casi el 10% del personal sufrió o estuvo en riesgo de sufrir PTSD como resultado de asistir a un paro cardíaco en el hospital. Los miembros más jóvenes del equipo son los más afectados y se identifica que			

Discusión Planteada	tomar un descanso después de realizar reanimación en un paro cardíaco parece ser protector. Solo en el 17,6% de las paradas se realizó un debriefing. Además de apoyar el bienestar emocional, el debriefing puede ser una herramienta valiosa para ayudar a las personas a aprender y desarrollarse en circunstancias difíciles que pueden ser disruptivas cognitivamente.
Conclusiones	Se deben implementar sistemas para identificar al personal en riesgo de PTSD y brindar el apoyo adecuado. El primer paso puede ser la orientación y la capacitación en el debriefing efectivo y el apoyo a los aspectos psicológicos de la reanimación.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	McMeekin DE, Hickman RL, Jr., Douglas SL, Kelley CG. Stress and Coping of Critical Care Nurses After Unsuccessful Cardiopulmonary Resuscitation. Am J Crit Care. 2017;26(2):128-135.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno		N5
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/b7686519-d1de-3bce-aa53-43f0a532523a/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bf8448f91-2b77-4554-bca3-d50b78a5f476%7D	
	DOI	10.3390/healthcare10010005	
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Koželj A, Šikić Pogačar M, Fijan S, Strauss M, Poštuvan V, Strnad M. Exploring the feelings of nurses during resuscitation-A cross-sectional study. Healthcare (Basel) [Internet]. 2021;10(1):5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10010005		
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	<input type="checkbox"/>	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	<input type="checkbox"/>	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	<input type="checkbox"/>	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Se estima que entre el 40% y el 84% de todos los intentos de reanimación dentro de las unidades de cuidados intensivos resultan en la muerte inmediata o inminente del paciente, por lo que un fracaso a una escala tan grande puede dejar consecuencias psicológicas y profesionales desagradables para las enfermeras. Debido a que las enfermeras de cuidados intensivos tienen exposiciones frecuentes a reanimaciones cardiopulmonares fallidas, a menudo se produce el estrés post- código y posteriormente un trauma psicológico.	
	Objetivos	Presentar algunos aspectos de las experiencias de las enfermeras durante y después de los procedimientos de reanimación e identificar los factores estresantes relacionados con la reanimación que se encuentran las enfermeras y en qué medida estos factores estresantes les afectan.	

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo (observacional transversal).
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2022	
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	Escala de Estrés Post- Code.
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	La primera parte contiene datos demográficos y preguntas individuales. La segunda parte evalúa el efecto de diferentes situaciones de estrés que ocurren durante la RCP y dentro de esta misma parte integrada se encuentra la Escala de Estrés Post- Code.
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
Técnicas Cualitativas			
Otras			
Población	Población universal: Enfermeros y técnicos que trabajan en unidades de emergencias (tanto prehospitarias como hospitalarias).		
	Población diana: Enfermeros y técnicos de unidades de emergencias de Eslovenia que aceptaron participar.		
Resultados Relevantes	<p>El 24,4% de ellos expresó su deseo de adquirir conocimientos adicionales o renovar sus conocimientos sobre procedimientos básicos de reanimación. Los procedimientos que más estresan a los encuestados fueron la ventilación artificial boca a boca, cuando no lograron establecer una vía intravenosa, situación caótica durante la reanimación, tomar una decisión sobre la finalización de la reanimación, cuando se produce una lesión de tórax y cuando la reanimación se realiza sólo para la donación de órganos. Lo más perturbador para los proveedores de reanimación fue: reanimar a alguien joven, cuando el equipo no funciona correctamente, cuando la jefa de enfermería crítica a un compañero o no ayuda y cuando se piensa que se ha pasado por alto un signo o síntoma que podría haber predecido que el paciente se pararía. El estrés era menor en los más veteranos y en los profesionales masculinos.</p>		
Discusión Planteada	<p>Las enfermeras que trabajan en áreas de cuidados críticos, como unidades de cuidados intensivos y departamentos de emergencia, tienen una mayor exposición a las reanimaciones. Trabajar en estas unidades se ha relacionado con mayores niveles de agotamiento, fatiga por inflamación y síntomas postraumáticos. La presencia de la familia durante la reanimación también puede presentar estrés adicional, provoca respuestas emocionales que pueden durar períodos prolongados.</p>		

Conclusiones	El estrés post- código de las enfermeras podría reducirse o incluso eliminarse con una mejor organización del trabajo, un ambiente de trabajo saludable, informes regulares después de la reanimación y educación adicional. Los miembros del equipo de reanimación deben considerar las técnicas de alivio del estrés que mejor les funciona. Se propone el establecimiento de rutas, personas o procedimientos predeterminados en cada institución que puedan ser utilizados por los profesionales que estén bajo estrés (superiores, psicólogos o abogados).
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	Hinderer, K.A. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. Dimens. Crit. Care Nurs. 2012, 31, 252–259. [CrossRef].

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N6
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/868ff2c8-59a9-3556-8e20-5604c396839b/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B91f29673-13d8-4b45-b48e-0e46f640916e%7D
	DOI	10.1097/DCC.0b013e318256e0f1

Referencia bibliográfica (Vancouver)	Hinderer KA. Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 2012;31(4):252–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/dcc.0b013e318256e0f1
--	---

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Relevante por metodología, resultados y marco teórico.

Introducción	Justificación	El apartado de introducción está dentro del apartado de revisión de la literatura. Comprender las reacciones de las enfermeras de cuidados intensivos ante la muerte del paciente puede ayudar a mejorar la atención brindada a los pacientes moribundos en estado crítico y sus familias y a satisfacer las necesidades de las enfermeras que los atienden.
	Objetivos	¿Cuál es la experiencia vivida por la enfermera de cuidados intensivos que se encuentra con la muerte del paciente?

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa (fenomenológico).
	Año Realización	2012	
	Encuesta/Cuestionario validado		
	Encuesta/Cuestionario elaboración propia		

	Recogida Datos	Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
		Técnicas Cualitativas	Entrevista semiestructurada.
		Otras	
	Población	Población universal: Enfermeras de cuidados intensivos.	
		Población diana: Enfermeras de cuidados críticos de una misma unidad con múltiples experiencias en muertes de pacientes.	
Resultados Relevantes	Con más años de experiencia clínica, las enfermeras afirmaron que se habían acostumbrado a la muerte y que habían aprendido a manejar sus emociones (desconexión emocional, distanciarse emocionalmente de la muerte real). La mayoría de las enfermeras argumentaron que no les gusta lidiar con el duelo de los familiares. También explicaron que si no se había formado un vínculo con el paciente la muerte no era tan significativa.		
Discusión Planteada	En este estudio, la muerte tuvo importantes implicaciones emocionales y personales para los enfermeros. El aumento de años de experiencia con la muerte del paciente, la respuesta familiar a la muerte y el apoyo de los compañeros de trabajo se expresaron como elementos principales para hacer frente a la muerte del paciente. La desconexión emocional y la aceptación de la inevitabilidad de la muerte fue una estrategia eficaz para las enfermeras del presente estudio para ayudar a mantener la "normalidad".		
Conclusiones	Las conclusiones están dentro del apartado de trascendencia. La muerte del paciente puede generar angustia emocional, moral y personal para las enfermeras de cuidados intensivos.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante debido a la antigüedad de las publicaciones.		

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N7
	URL	https://orcid.org/0000-0003-3085-726X .
	DOI	10.1097/acm.0000000000003196
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Ng DB. The burdens we bear. Acad Med [Internet]. 2020;95(5):770. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000003196	
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	<input checked="" type="checkbox"/> Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Al ser una biografía, es decir, una experiencia personal contada por la misma persona, no tiene una estructura de artículo científico como tal. No hay apartado de introducción/justificación.

	Objetivos	No se plantean objetivos.	
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa (Biografía)
	Año Realización	2020	
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
Técnicas Cualitativas		Historia de vida de relato único.	
Otras			
Población	Población universal: No se especifica.		
	Población diana: Estudiante de medicina que realizó RCP con resultado de muerte.		
Resultados Relevantes	No hay apartado de resultados pero se pueden destacar los hallazgos más importantes de la experiencia del autor. Cada médico puede recordar su primer código real como un evento singular, pero a menudo estas experiencias erosionan el cuerpo, la mente y el alma incluso de las personas más firmes. Explica que un mes después seguía teniendo pesadillas experimentando psicósomáticamente el momento.		
Discusión Planteada	No hay apartado como tal pero al final del relato se hace una pequeña discusión. Explica que durante su experiencia ha aprendido que hay innumerables cicatrices que cada proveedor médico lleva y que nada puede prepararte para la pérdida de una vida humana en tus manos.		
Conclusiones	Seguido de la pequeña discusión se relatan las conclusiones. El autor se propone dignificar las RCPs y recordar siempre al paciente de ese día. Afirma que se siente honrado de llevar esta carga.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante para mi tema.		

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N8
	URL	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21310507/
	DOI	10.1016/j.annemergmed.2010.12.022
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Heiner JD, Trabulsky ME. Coping with the death of a patient in the emergency department. Ann Emerg Med [Internet]. 2011;58(3):295–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.12.022	
	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica

Escala valoración (Escala tipo Likert)	3		Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	X	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Los encuentros con la muerte de un paciente son un riesgo laboral potencial para los médicos de urgencias. Reconocen que la notificación de la muerte es una tarea extremadamente difícil y que muchas veces se sienten poco capacitados para ello.	
	Objetivos	No se especifican los objetivos del estudio pero se pueden presuponer. Investigar cómo los residentes de medicina de emergencia pueden prepararse mejor, aprender y crecer a través de experiencias de muerte de pacientes.	
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2011	
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
Técnicas Cualitativas			
	Otras	Es investigación secundaria, se seleccionan estudios primarios, se realiza lectura crítica y se extraen los datos.	
Población	Población universal: No presenta.		
	Población diana: No presenta.		
Resultados Relevantes	La muerte de un paciente puede desencadenar innumerables emociones y pensamientos en el médico tratante. Pueden sentir pérdida, culpa o una lesión narcisista por no cumplir con sus propias expectativas de atención. La notificación de la muerte en urgencias es emocionalmente difícil, ya que suelen ser inesperadas y traumáticas e involucran a personas jóvenes y previamente sanas. La mayoría de los médicos de urgencias informaron sentirse incapacitados durante el resto de su turno después de una reanimación pediátrica fallida. "Hablar con otros" es la estrategia de afrontamiento preferida para los profesionales sanitarios después de la muerte del paciente.		
Discusión Planteada	No existe apartado de discusión, pero en el último párrafo previo a la conclusión se hace una pequeña discusión. Un foro en el que más residentes mayores y médicos asistentes compartan sus experiencias y escritos de médicos- autores puede promover la discusión de métodos de afrontamiento positivos y ayudar a establecer un tono de bienestar personal y profesional y tutoría disponible.		
Conclusiones	Los médicos entrenados para la tarea de reanimación y salvar vidas, pueden estar mal preparados para las consecuencias que la muerte de un paciente puede tener en su propia vida.		

Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se incluye bibliografía para mi estudio por la antigüedad de los artículos.
---	--

Ficha revisión bibliográfica:	Código Referencia interno	N9
	URL	https://journals.um.si/index.php/medicine/article/view/855
	DOI	https://doi.org/10.18690/mls.13.2.237-262.2020

Referencia bibliográfica (Vancouver)	Koželj A, Strauss M, Strnad M. Experiencing stress among nurses during resuscitation procedure and legal obligations for healthcare workers in Slovenia. mls [Internet]. 2020;13(2):237–62. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18690/mls.13.2.237-262.2020
--	--

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	X Relevante por metodología, resultados y marco teórico.

Introducción	Justificación	Debido a que las enfermeras de cuidados intensivos tienen exposiciones frecuentes y acumulativas a RCP fallidas, a menudo se produce el estrés post- código que puede conducir a la activación de comportamientos de afrontamiento y síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT). El estrés post- código es la respuesta psicológica aguda a la participación fallida en la reanimación con factores estresantes o antecedentes emocionales y físicos específicos.
	Objetivos	Explorar las experiencias de los enfermeros antes, durante y después de participar en los procedimientos de reanimación. Determinar la ocurrencia de ciertos signos físicos y mentales que se pueden detectar en los participantes durante la reanimación.

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo (transversal).
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2020	
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	Se utilizó la Escala de Estrés Post-Code.
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
Técnicas Cualitativas			
Otras			

	Población	Población universal: Enfermeras que trabajan en unidades de emergencia (hospitalarias y prehospitalarias).
		Población diana: Enfermeras que trabajan en unidades de emergencia de Eslovenia que aceptaron participar.
Resultados Relevantes	Los aspectos más estresantes para las enfermeras durante una RCP fueron: cuando no se puede hacer funcionar un equipo correctamente durante un código, cuando las políticas/procedimientos del hospital están en conflicto, cuando una jefa/supervisora de enfermería critica la actuación y cuando más de un médico da indicaciones durante un código. Cuanto más años trabajaban los enfermeros en el cuidado de la salud, más los perturbaba el haber cometido un error durante la reanimación.	
Discusión Planteada	Es posible que los síntomas de PTSD ocurran en enfermeras de cuidados críticos como resultado del estrés repetitivo y el uso de conductas de afrontamiento ineficaces. Tras estas situaciones las enfermeras informan sentimientos de ansiedad, dolor, arrepentimiento, ira, inutilidad e impotencia. Se requiere más apoyo para el personal médico y de enfermería de cuidados intensivos después de un paro cardíaco en el hospital, la mayoría del personal consideró que un debriefing fue una experiencia positiva. También se informa que tomar un descanso después de la reanimación parece correlacionarse con una mejor salud mental y física.	
Conclusiones	Cuando el profesional está seguro de haber realizado su tarea lo mejor que pudo, puede aceptar el resultado, incluso cuando el resultado no es óptimo. Se considera que se deben implementar algunas soluciones sistémicas, se necesita identificar al personal en riesgo y tomar medidas para brindar apoyo psicológico a esos trabajadores.	
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	<p>McMeekin, D. E., Hickman, R. L., Douglas, S. L. & Kelly, C. G. (2017) Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation, <i>American Journal of Critical Care</i>, 26(2), pp. 128-135, doi: 10.4037/ajcc2017916.</p> <p>Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019) The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices, <i>Resuscitation</i>, 142, pp. 175-181, doi: 10.1016/j.resuscitation.2019.06.280.</p>	

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N10
	URL	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588994X19300478
	DOI	10.1016/j.auec.2019.07.001
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Anderson NE, Slark J, Faasse K, Gott M. Paramedic student confidence, concerns, learning and experience with resuscitation decision-making and patient death: A pilot survey. <i>Australas Emerg Care</i> [Internet]. 2019;22(3):156–61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.auec.2019.07.001	
Escala valoración	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)

(Escala tipo Likert)	2		Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica	
	3		Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio	
	4	X	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.	
Introducción	Justificación	Ninguna investigación publicada anteriormente ha examinado específicamente la preparación de los graduados de paramédicos para la reanimación fallida, no deseada o injustificada y la muerte del paciente.		
	Objetivos	Poner a prueba una nueva medida de confianza de los paramédicos con respecto a las decisiones de comenzar, continuar, suspender o terminar la reanimación y manejar la muerte del paciente.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo (transversal)	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2019		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	El desarrollo del instrumento de la encuesta se basó en una revisión de la literatura e investigaciones previas realizadas por los autores.	
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas		Entrevistas y estudios de grupos focales.		
Otras				
Población	Población universal: Paramédicos.			
	Población diana: Estudiantes de paramédico de Nueva Zelanda.			
Resultados Relevantes	Los factores que provocan más estrés en los paramédicos son: toma de decisiones de reanimación, muerte del paciente y sus respuestas emocionales personales a estas situaciones.			
Discusión Planteada	Los participantes se sintieron más seguros de proporcionar una RCP eficaz, pero también informaron de una gran confianza en la identificación de un paro cardíaco y en la identificación y verificación de la muerte del paciente. La confianza más baja se informó en asociación con la discusión de los deseos de reanimación, la notificación a los familiares de la muerte del paciente y la prestación de apoyo emocional y práctico a la familia en duelo.			
Conclusiones	No hay apartado de conclusión pero al final de la discusión se sacan conclusiones. Una barrera clave para que los paramédicos terminen la reanimación es la falta de confianza para comunicarse con los familiares y manejar la escena de la muerte de un paciente. Tras este estudio se recomienda más trabajo			

	en grupo, aprendizaje entre pares y trabajo interdisciplinar, lo que permite que los profesionales con mayor exposición compartan sus aprendizajes y experiencias en esta área desafiante.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N11
	URL	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32948555/
	DOI	10.1136/bmjopen-2020-036925

Referencia bibliográfica (Vancouver)	Myall M, Rowsell A, Lund S, Turnbull J, Arber M, Crouch R, et al. Death and dying in prehospital care: what are the experiences and issues for prehospital practitioners, families and bystanders? A scoping review. <i>BMJ Open</i> [Internet]. 2020;10(9):e036925. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036925
--	---

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Relevante por metodología, resultados y marco teórico.

Introducción	Justificación	La provisión de cuidados a alguien que está muriendo y a sus familiares ha sido identificada como una de las experiencias humanas más estresantes y reconocido como un desafío para los profesionales de la salud (HCP) en general, sobre todo para los que trabajan en emergencias extrahospitalarias. Esto requiere el control, por parte de los profesionales sanitarios, de sus propios sentimientos y respuestas, así como de los demás presentes, incluidos la familia y los transeúntes. No hay suficientes estudios hasta el momento para entender el impacto que tiene en los profesionales el lidiar con la muerte y el morir.
	Objetivos	¿Qué se sabe sobre los factores que dan forma y caracterizan las experiencias de los PHP (profesionales sanitarios), las familias y los espectadores en el contexto de la muerte y el morir fuera del entorno hospitalario donde responden los profesionales sanitarios?

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2020	
		Encuesta/Cuestionario validado	
	Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
	Escala (Validada/No validada)		

	Recogida	Registros	
	Datos	Técnicas Cualitativas	
		Otras	
Población	Población universal: No presenta.		
	Población diana: No presenta. Depende de cuál sea la de los estudios primarios seleccionados.		
Resultados Relevantes	El trabajo emocional está implícito y puede provocar síntomas de estrés y trastorno de estrés postraumático. Los PHP también describieron impactos fisiológicos adversos y un impacto en la vida familiar. Incidentes críticos, como muertes prematuras, suicidio, parada cardiaca extrahospitalaria y reanimaciones fallidas, se caracterizaron por un intenso trabajo emocional y sentimientos de insuficiencia. Informar a las familias de la muerte también se señaló como una tarea especialmente estresante y desafiante, la cuál consideran que necesitan más capacitación. También informaron la necesidad de varias dimensiones de apoyo que no siempre están disponibles.		
Discusión Planteada	Los PHP informaron sentirse seguros para emprender los elementos clínicos del manejo de un paciente que se estaba muriendo o que murió, a menudo se sintieron menos preparados para manejar los aspectos más emocionales, particularmente cuando se trataba de comunicar malas noticias. Se necesita más investigación para comprender si estos desafíos son el resultado del estrés resultante del incidente o los mecanismos de afrontamiento, en lugar de una capacitación inadecuada.		
Conclusiones	Esta revisión ha demostrado que existe una amplia coherencia con respecto a la experiencia de los PHP en relación con el manejo de la muerte y el morir.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, et al. A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death. Enferm Intensiva 2017;28:57–63.		

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N12
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/69517159-d1da-3968-a245-b77e71a63b3c/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B6f394afb-70ec-4cb9-bab8-063511b13f29%7D
	DOI	10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors: Sonya Healy and Mark Tyrrell review accounts of acute stress among healthcare professionals and show how it can be anticipated, reduced and managed. Emerg Nurse [Internet]. 2011;19(4):31–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611	

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1		Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2		Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3		Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	X	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Los departamentos de emergencia son entornos de trabajo particularmente estresantes. Si el personal de eD no recibe apoyo en esto, el estrés en el lugar de trabajo puede devastar su bienestar físico, psicológico y emocional.	
	Objetivos	No se especifican los objetivos como tal pero se pueden deducir. Estudiar las actitudes y experiencias de las enfermeras y los médicos ante el estrés en el lugar de trabajo en los servicios de urgencias .	
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2011	
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	Encuesta descriptiva.
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
Técnicas Cualitativas			
Otras			
Población	Población universal: Enfermeras y médicos que trabajan en los servicios de urgencias.		
	Población diana: Enfermeras y médicos de tres servicios de urgencias distintos en Irlanda.		
Resultados Relevantes	Los profesionales coincidieron en que los factores más estresantes en su entorno de trabajo son: la agresión y la violencia de los pacientes, y la muerte o reanimación de una persona joven o un niño. Aquellos que encontraron muy estresante la reanimación de un niño o un joven tuvieron más experiencia en urgencias que aquellos que no. Las mujeres estaban significativamente más estresadas por incidentes importantes y familiares que los hombres.		
Discusión Planteada	El cuidado y la reanimación de pacientes en estado crítico se considera un estresor. El personal con menos experiencia clínica tenía más probabilidades de identificar este aspecto del trabajo de eD como estresante, pero si hablamos de un niño los profesionales con más experiencia tienen más impacto psicológico. Los participantes dijeron que tienen a su disposición varios tipos de apoyo, incluida la 'asistencia de la gerencia', 'eAP' o 'salud ocupacional' y 'asistencia informal' de colegas, familiares o amigos, pero solo el 24% dijo que había recibido esa ayuda.		

Conclusiones	Casi las tres cuartas partes de los profesionales no reciben apoyo de sus supervisores/ gerentes para ayudarlos a reducir este estrés. Por lo que los gerentes deben establecer una cultura de apoyo que valore al personal y demuestre reconocimiento y preocupación por los efectos del estrés.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante debido a la antigüedad de los artículos.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N13
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/9d5c9e54-caeb-3c6f-8d3a-5cae46949c5c/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B7abc713d-0a2e-4d83-8de6-473c97a033de%7D
	DOI	10.1080/10903127.2017.1317891

Referencia bibliográfica (Vancouver)	Tataris KL, Richards CT, Stein-Spencer L, Ryan S, Lazzara P, Weber JM. EMS provider perceptions on Termination of resuscitation in a large, urban EMS system. Prehosp Emerg Care [Internet]. 2017;21(5):610–5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2017.1317891
--	---

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	X Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.

Introducción	Justificación	La terminación de la reanimación (TOR) es una intervención importante para reducir el transporte inútil de pacientes sin posibilidad de supervivencia de un paro cardíaco extrahospitalario (OHCA). A pesar del valor de los TOR extrahospitalarios y la evidencia científica a favor de esta práctica, los TOR no se han adoptado uniformemente en los sistemas de EMS debido a múltiples barreras.
	Objetivos	Identificar las barreras percibidas por los proveedores de EMS para realizar la terminación de la reanimación fuera del hospital en un gran sistema de emergencias urbano.

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2017	
	Encuesta/Cuestionario validado		

	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario elaboración propia	Fue desarrollada por un grupo de médicos de EMS y proveedores prehospitalarios. Fue revisado a través del consenso de un panel multidisciplinario de expertos.
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
		Técnicas Cualitativas	
		Otras	
Población	Población universal: Proveedores de EMS.		
	Población diana: Paramédicos y técnicos básicos de emergencias médicas activos (EMT-B) de CFD en el Sistema EMS de Chicago.		
Resultados Relevantes	El 38% de los proveedores se sintieron amenazados por la familia al tratar de realizar la terminación de la reanimación fuera del hospital, la familia pedía a los profesionales que continuaran con la reanimación. El 33 % de los proveedores temía terminar la reanimación demasiado pronto. El 31 %-39% notó la falta de capacitación adecuada en los TOR de campo y en la notificación de muerte. Los proveedores con un mayor nivel de capacitación y más TOR de carrera y notificaciones de defunción tenían menos probabilidades de sentirse incómodos al entregar una notificación de defunción.		
Discusión Planteada	Las barreras más frecuentes identificadas incluyeron la seguridad en la escena, la entrega de notificaciones de muertes y la falta de capacitación formal en la notificación de muertes.		
Conclusiones	Las iniciativas de todo el sistema que se centran en la educación adecuada sobre la notificación de muertes, la gestión de la familia en el lugar con estrategias de atención centrada en el paciente y la familia (PFCC) y garantizar el apoyo de las fuerzas del orden público pueden abordar estas barreras.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante para el tema.		

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N14
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/Odd30650-509c-365f-bf6c-f34f160b0b82/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B99edbcf-ee72-4944-be4f-c5109e49be60%7D
	DOI	10.1016/j.aucc.2021.06.007
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Wang C-P, Hung F-M, Ling M-S, Chiu H-Y, Hu S. Factors associated with critical care nurses' acute stress disorder after patient death. Aust Crit Care [Internet]. 2021; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.007	
	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)

Escala valoración (Escala tipo Likert)	2		Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica		
	3		Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio		
	4	X	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.		
Introducción	Justificación	Las enfermeras que trabajan en una UCI corren un mayor riesgo de desencadenar el trastorno de estrés postraumático porque trabajan para reanimar a los pacientes, tienen conversaciones periódicas sobre el final de la vida con los pacientes y sus familias y, a menudo, están presentes cuando un paciente muere. Esto puede provocar una disminución en la calidad de la atención y pueden crear situaciones en las que la seguridad del paciente se vea comprometida, por este motivo se debe investigar como afecta la muerte a los profesionales sanitarios.			
	Objetivos	Explorar la aparición de trastorno de estrés agudo después de la muerte de un paciente entre las enfermeras de la UCI e investigar qué factores se relacionan con su aparición.			
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico		
		Rev. Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes		
		Marco Teórico	Descriptivo (transversal)		
		Rev. Histórica	Cualitativa		
	Año Realización	2021			
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	Se utilizaron varias encuestas validadas: la versión china de trastorno de estrés agudo (ASD), Inventario de Depresión de Beck-II (1961) y el Inventario de Ansiedad de Beck (1988).		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia			
		Escala (Validada/No validada)			
		Registros			
Técnicas Cualitativas					
Otras					
Población	Población universal: Enfermeras de UCI				
	Población diana: Enfermeras de cinco UCI para adultos en el norte de Taiwán.				
Resultados Relevantes	Un mayor número de enfermeras cuyos pacientes habían recibido RCP antes de la muerte y cuyos pacientes habían muerto inesperadamente informaron tener síntomas de TEA que sus contrapartes, además de ansiedad y depresión en algunos casos. Las enfermeras que sufrieron TEA habían cuidado a su paciente durante una media de días más larga que las enfermeras sin TEA.				
Discusión Planteada	El estrés de las enfermeras de la UCI no termina cuando el paciente muere, y el estrés y los síntomas pueden continuar, dando como resultado un TEA e incluso más allá, un TEPT. La muerte después de una reanimación fallida puede verse como una experiencia traumática. Además, la comunicación al				

	final de la vida con la familia del paciente puede ser emocional y estresante. "La pausa" o el informe posterior a la muerte del paciente pueden ser estrategias efectivas, a parte del apoyo informal de compañeros, familia y amigos.
Conclusiones	Se sugiere el desarrollo de un programa que no sólo proporcione conocimientos y habilidades en el área de atención al final de la vida, sino que también brinde apoyo al duelo y estrategias de afrontamiento para las enfermeras.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	<p>McMeekin DE, Hickman Jr RL, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical care nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. Am J Crit Care 2017;26(2):128e35.</p> <p>Fernandez-Aedo I, Perez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Pena S. A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death. Enfermería Intensiva (English ed.) 2017;28(2):57e63.</p>

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N15	
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/36eca155-f92a-3fb2-91b3-db4348f90c42/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bd950eada-8d70-4c4f-8e8d-6f62020be7cc%7D	
	DOI	10.1111/jocn.12844	
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Sjöberg F, Schönning E, Salzmänn-Erikson M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. J Clin Nurs [Internet]. 2015;24(17-18):2522-8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12844		
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	<input type="checkbox"/>	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	<input type="checkbox"/>	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input type="checkbox"/>	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Hay un pequeño apartado de introducción y después de antecedentes en el cuál también se encuentra la justificación del estudio. Las enfermeras con <1 año de experiencia, así como las enfermeras con más experiencia, encuentran estresantes las RCPs, reaccionando con emociones fuertes y percibiendo estas situaciones como "desordenadas".	
	Objetivos	Describir las experiencias de los enfermeros en la realización de la RCP en las unidades de cuidados intensivos.	
		Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2015		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
		Técnicas Cualitativas	Entrevistas	cualitativas
Otras		semiestructuradas.		
Población	Población universal: Enfermeras de UCI con experiencia en RCP.			
	Población diana: Enfermeras de UCI con experiencia en RCP el año anterior de 3 hospitales públicos en Suecia.			
Resultados Relevantes	<p>El entrenamiento en RCP fue experimentado como una actividad esencial y positiva. Los informantes experimentaron el debriefing y la retroalimentación como estimulante para el grupo de trabajo después de un paro cardíaco, ayudaba a no llevarse a casa sentimientos adversos y a afirmar que se ha hecho todo lo que se ha podido. Sin embargo, las sesiones informativas no se practicaban de forma rutinaria, siendo extremadamente necesario en pacientes jóvenes. Algunos informantes describieron cómo tenían conversaciones grupales no oficiales y charlas individuales para lograr beneficios similares. Una enfermera describió experiencias traumáticas relacionadas con la RCP que duraron durante un año y afirmó que esto se debió en parte a la falta de apoyo institucional.</p>			
Discusión Planteada	<p>Durante eventos estresantes, es vital evitar sentimientos de caos y desorden, esto se consigue con un líder. El personal sanitario encuentra necesaria la práctica de la RCP, ya que les proporciona una sensación básica de seguridad. También encuentran de vital importancia el debriefing después de la reanimación.</p>			
Conclusiones	<p>El estudio muestra que la RCP en situaciones reales es estresante y que el personal sanitario considera necesario practicar la RCP. Realizar debriefing hace que los profesionales manejen de manera efectiva los sentimientos no procesados antes de irse a casa. Sin embargo, no siempre se practica.</p>			
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante para mi estudio.			

Ficha revisión bibliográfica:	Código Referencia interno	N16
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/d85ad0d9-1271-3818-952f-7e0dfb9d6c9e/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=op

		en_catalog&userDocumentId=%7B5740deef-3e5a-4b2e-bdd6-38fccf54b868%7D		
	DOI	10.1016/j.enfi.2016.10.003		
Referencia bibliográfica (Vancouver)	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;28(2):57–63. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003			
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	<input type="checkbox"/>	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)	
	2	<input type="checkbox"/>	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica	
	3	<input type="checkbox"/>	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio	
	4	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.	
Introducción	Justificación	Cada año en el País Vasco fallecen en el mismo lugar de asistencia más del 80% de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias, a pesar de los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar (RCP) realizados por los profesionales sanitarios. Estas situaciones pueden conllevar implicaciones directas sobre la vida profesional y personal.		
	Objetivos	Explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de las enfermeras y técnicos de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de RCP con resultado de muerte.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2017		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas		Entrevista individual semiestructurada y grupo focal.		
Otras				
Población	Población universal: técnicos en emergencias sanitarias (TES) y enfermeras que trabajan en transporte sanitario urgente.			
	Población diana: Técnicos en emergencias sanitarias (TES) y enfermeras que desarrollan su trabajo en las USVB y USVAe de la red de transporte sanitario urgente del País Vasco.			

Resultados Relevantes	Las emociones y sensaciones del personal sanitario tras la realización de una RCP fallida son una mezcla de tristeza o trauma emocional por no haber podido salvar la vida del paciente, y de bienestar al tener la certeza de que se ha realizado todo el esfuerzo posible. Los entrevistados identifican diferentes estrategias que surgen de manera espontánea, como ir a pasear o meditar y apoyarse en los compañeros de trabajo. Los participantes coinciden al reconocer la notificación del fallecimiento a los familiares como un momento de los más incómodos y críticos de su trabajo, por lo que la mayoría evita hacerlo. Todos coinciden en que las emociones son más intensas cuando el paciente es joven y que el trato con los familiares de un paciente pediátrico es extremadamente difícil para ellos.
Discusión Planteada	Cuando un profesional sanitario se expone a situaciones de tensión o traumáticas puede aflorar una reacción de distrés o trauma emocional, siendo la intervención temprana (con técnicas como el debriefing o defusing) una medida que parece resultar eficaz para mitigar sus efectos o para construir resiliencia personal. Sin embargo, estas técnicas no son comunes en los servicios. Se reclama una mayor formación sobre técnicas de comunicación de malas noticias y de atención a las necesidades de los familiares.
Conclusiones	En determinadas situaciones la muerte tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer una experiencia traumática para los reanimadores. Las reacciones emocionales negativas no están asociadas al proceso de muerte en sí mismo sino más bien a la capacidad de empatía del profesional o a las circunstancias que rodean la muerte, como el trato con los familiares o que el fallecido sea joven o alguien conocido.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	<p>Ballesteros-Peña S. Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: Un estudio cualitativo. Med Segur Trab. 2012;58:294---302.</p> <p>Ballesteros-Peña S, Lorrio-Palomino S, Rollán-Vallejos J. Des- gaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. Emergencias. 2012;24:13---8.</p>

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno		N17
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/a75f95b3-93f2-3bc4-a8e0-f98ddc-dbfa15/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=op-en_catalog&userDocumentId=%7B0e365ded-c66c-4b70-9714-24f57bf7788c%7D	
	DOI	10.1007/s11886-020-01419-6	
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Grubic N, Puskas J, Phelan D, Fournier A, Martin LJ, Johri AM. Shock to the heart: Psychosocial implications and applications of sudden cardiac death in the young. Curr Cardiol Rep [Internet]. 2020;22(12):168. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s11886-020-01419-6		
	1		Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)

Escala valoración (Escala tipo Likert)	2		Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica	
	3	X	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio	
	4		Relevante por metodología, resultados y marco teórico.	
Introducción	Justificación	Se requiere una mayor discusión sobre el impacto psicosocial de la SCD, que abarque la prevención, la supervivencia y los efectos comunitarios posteriores de una muerte joven.		
	Objetivos	No se definen los objetivos como tal pero se pueden extraer. Comprender mejor las complejidades psicológicas y los impactos que enfrentan tanto las personas en riesgo como las personas directamente afectadas por la muerte cardíaca súbita en jóvenes.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2020		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas				
Otras		Revisión bibliográfica.		
Población	Población universal: Depende de la población de los artículos seleccionados.			
	Población diana: Depende de la población de los artículos seleccionados.			
Resultados Relevantes	Se separan los resultados en diferentes temas. La SCD de un individuo joven es un problema crítico de salud pública y representa un evento devastador para numerosas partes, incluidas familias, amigos, proveedores de atención médica y comunidades. Puede provocar ansiedad y síntomas de estrés postraumático. Más de la mitad de la muestra de padres de un estudio informó que el equipo clínico no satisfacía las necesidades de información y apoyo psicosocial en estas situaciones.			
Discusión Planteada	No existe apartado de discusión.			
Conclusiones	La investigación debe tener como objetivo investigar más a fondo el proceso de duelo y desarrollar estrategias para minimizar la carga psicológica que acompaña a la pérdida de un niño o adolescente a causa de parada cardíaca.			
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante.			

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N18
--------------------------------------	----------------------------	-----

	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/d239bd20-d474-33d9-9ca5-0cd6288c8d6d/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B70e3be9a-0bcc-488f-8770-b7a239fec385%7D	
	DOI	10.1177/1078390311418651	
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Buurman BM, Mank APM, Beijer HJM, Olff M. Coping with serious events at work: a study of traumatic stress among nurses: A study of Traumatic Stress among nurses. J Am Psychiatr Nurses Assoc [Internet]. 2011;17(5):321–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/1078390311418651		
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1		Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2		Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3		Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	X	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	El apartado de introducción está puesto como antecedentes. Los eventos graves (muerte y sufrimiento de pacientes, agresiones, cuidados agudos...) a menudo son estresantes para las enfermeras y eventualmente pueden causar un trastorno de estrés postraumático. El agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción de la realización personal también son síndromes psicológicos que enfrentan con frecuencia los profesionales.	
	Objetivos	(a) describir la naturaleza y el número de eventos graves que enfrentan las enfermeras y sus reacciones subjetivas ante estos eventos graves y (b) investigar qué factores se asociaron de forma independiente con el estrés traumático después de un evento grave.	
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2011	
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	
Encuesta/Cuestionario elaboración propia		Lista autoconstruida sobre eventos graves.	
Escala (Validada/No validada)			

		Registros	
		Técnicas Cualitativas	
		Otras	
	Población	Población universal: Enfermeras de medicina interna general. Población diana: Enfermeras de medicina interna general del Centro Médico Académico de Ámsterdam.	
Resultados Relevantes	Las enfermeras mayores de 34 años mostraron significativamente más estrés que las enfermeras más jóvenes después de una reanimación fallida. Las estrategias de afrontamiento activas o instrumentales, se han asociado con una adaptación positiva al estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas, como la evitación, se consideran con mayor frecuencia desadaptativas.		
Discusión Planteada	Los eventos graves que amenazaron la integridad física del paciente, como la muerte de un paciente joven, el suicidio, la eutanasia y la reanimación fallida, se asociaron en su mayoría con un mayor impacto psicológico.		
Conclusiones	Tras eventos traumáticos las enfermeras pueden sentir fatiga por compasión o pueden tener un alto riesgo de agotamiento. Un tercio de la variación en el estrés traumático podría explicarse por los estilos de afrontamiento utilizados por las enfermeras.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante por la antigüedad de los artículos.		

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno		N19
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/66da7033-40ea-366f-ab65-b0ee6a49e59e/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bdff07230-3362-469d-936b-4fa127cef6e3%7D	
	DOI	10.4300/JGME-D-14-00424.1	
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Kolehmainen C, Stahr A, Kaatz A, Brennan M, Vogelmann B, Cook J, et al. Post-code PTSD symptoms in internal medicine residents who participate in cardiopulmonary resuscitation events: A mixed methods study. J Grad Med Educ [Internet]. 2015;7(3):475–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-14-00424.1		
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1		Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2		Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3		Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input checked="" type="checkbox"/>	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.
Introducción	Justificación	Los residentes de medicina interna (IM) participan y lideran eventos de reanimación cardiopulmonar o "códigos", que son eventos estresantes que involucran la muerte de	

		los pacientes. Los médicos con síntomas de trastorno de estrés postraumático (PTSD) pueden experimentar ansiedad, depresión y agotamiento.		
	Objetivos	Examinar si los residentes de medicina interna que participan en los códigos desarrollaron síntomas de TEPT.		
Material Métodos	Tipo estudio: Mixto.	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa	
	Año Realización	2015		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado	Cuestionario de PTSD de atención primaria (PC-PTSD).	
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas		Entrevista individual.		
Otras				
Población	Población universal: Residentes de medicina interna que hayan participado en reanimación cardiopulmonar.			
	Población diana: Para la entrevista: residentes de MI con alguna experiencia en reanimación de 9 instituciones distintas de Wisconsin. Para el cuestionario: residentes de MI de los Hospitales y Clínicas de la Universidad de Wisconsin.			
Resultados Relevantes	Entrevistas: El 28% de los residentes caracterizó los códigos como eventos traumáticos o describió síntomas de TEPT. Cuestionario cuantitativo: El 7% de los participantes dieron positivo en los síntomas de TEPT y todas eran mujeres.			
Discusión Planteada	El estudio sugiere que algunos residentes de MI experimentan síntomas de TEPT que pueden estar asociados con su participación en los códigos. Explicaron que hay un pánico adicional si la persona es joven o la familia está allí. Informaron que hablar con los compañeros sobre lo ocurrido mitigaba el estrés. Algunos residentes usan estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la supresión del pensamiento, esto apunta a la necesidad de intervenciones para reducir el impacto traumático de los códigos para algunos residentes de IM.			

Conclusiones	Con este estudio se fomenta el apoyo social que brinde oportunidades para discutir eventos de reanimación con compañeros y supervisores para disminuir los sentimientos de culpa. También proporcionar foros para que los residentes escriban o discutan sus experiencias.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	Heiner JD, Trabulsky ME. Coping with the death of a patient in the emergency department. Ann Emerg Med. 2011;58(3):295–298

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N20
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/c03dacb1-154c-3dc6-9b9d-1e8bca471bb5/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=op_en_catalog&userDocumentId=%7Bb0ff84f9-46d8-390d-9748-ffa095df4957%7D
	DOI	10.4321/S0465-546X2012000400002

Referencia bibliográfica (Vancouver)	Ballesteros Peña S. Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: Un estudio cualitativo. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2012;58(229):294–302. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2012000400002
--	--

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	X Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.

Introducción	Justificación	Patologías como el síndrome de estrés post-traumático, problemas mentales..., han sido relatados con frecuencia en la literatura biomédica en el contexto de las emergencias sanitarias. El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), o burnout, es el resultado de un estado prolongado de estrés laboral. El 89% de los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) que desarrollan su trabajo en las Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) presentan sintomatología compatible con el SDP.
	Objetivos	Identificar factores de riesgo de desgaste profesional percibidos por los TES de las USVB del País Vasco.

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2012	
		Encuesta/Cuestionario validado	
	Encuesta/Cuestionario elaboración propia		

	Recogida	Escala (Validada/No validada)	
	Datos	Registros	
		Técnicas Cualitativas	Entrevista individual semiestructurada.
		Otras	
Población	Población universal: Técnicos de emergencias sanitarias.		
	Población diana: TES trabajadores de las unidades de SVB integradas en la red de emergencias de Osakidetza.		
Resultados Relevantes	El cansancio psicológico es lo que más afecta a la labor diaria de los TES. No conseguir reanimar a un paciente que a su llegada estaba en parada cardiaca no les impresiona tanto como ver a la persona sufrir y poder hacer poco o nada por ella. Explican que el visualizar constantemente situaciones duras les desensibiliza y son menos vulnerables, e incluso a veces sienten indiferencia. Algunos de ellos no se sienten capacitados para transmitir malas noticias o para consolar a las familias, la mayoría evitan hacerlo.		
Discusión Planteada	La discusión y las conclusiones se encuentran en el mismo apartado.		
Conclusiones	Convivir en contacto con el sufrimiento y la muerte es un elemento importante generador de estrés identificado en la literatura. El hecho de que el personal sanitario de emergencias constituya un colectivo afectado por factores de riesgo psicosocial repercute no sólo sobre la calidad de vida del profesional y su entorno más próximo, sino que puede generar también consecuencias en el rendimiento laboral, disminuyendo la calidad del servicio que presta.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	Ballesteros Peña S, Lorrio Palomino S, Rollán Vallejos J. Desgaste profesional en los trabajadores del Soporte Vital Básico del País Vasco. Emergencias. 2012; 24(1): 13-18. Citado el 28/06/2012. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol24_1/5.pdf		

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N21
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/c2f32de6-29c2-318a-b797-77e8f2102413/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B45b10d3d-5470-49a8-aad9-1db294573824%7D
	DOI	10.1111/jan.13558
Referencia bibliográfica (Vancouver)	Hassankhani H, Haririan H, Porter JE, Heaston S. Cultural aspects of death notification following cardiopulmonary resuscitation. J Adv Nurs [Internet]. 2018;74(7):1564–72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jan.13558	
Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	<input checked="" type="checkbox"/> Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio

	4	Relevante por metodología, resultados y marco teórico.		
Introducción	Justificación	La notificación de la muerte y el comportamiento de los proveedores de atención médica pueden afectar la aceptación y transición al proceso de duelo en los familiares. Por lo tanto, es importante informar a los familiares con cuidado y precaución al considerar su estado emocional.		
	Objetivos	Explorar la experiencia vivida de los miembros del equipo de reanimación involucrados en la notificación a los miembros de la familia cuando un paciente muere después de un evento de reanimación en una cultura iraní como contexto.		
Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico	
		Rev. Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Rev. Histórica	Cualitativa (enfoque fenomenológico hermenéutico)	
	Año Realización	2018		
	Recogida Datos	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registros		
Técnicas Cualitativas		Entrevista individual cara a cara en profundidad.		
Otras				
Población	Población universal: Enfermeras y médicos empleados en el departamento de emergencias o cuidados intensivos (son los que más a menudo notifican muertes).			
	Población diana: Enfermeras y médicos empleados en el departamento de emergencias o entornos de cuidados intensivos de seis hospitales en la ciudad de Tabriz, Irán.			
Resultados Relevantes	Los factores que contribuyen al impacto de la notificación son: la edad del paciente, la causa de reanimación (suicidio), el estado emocional de las familias, la personalidad de las familias y la etnicidad. Informar a la familia cuando un paciente joven ha muerto sigue siendo difícil para el equipo de reanimación. Sin embargo, informar a las familias de un paciente anciano con antecedentes de enfermedad crónica fue más fácil para los profesionales ya que la familia suele aceptar más fácilmente la muerte. En ocasiones hay muestras de agresión por parte de la familia.			
Discusión Planteada	Se observó que algunos participantes trasladaron la responsabilidad de la notificación a un miembro con más experiencia del equipo, solo informando a los parientes masculinos, no informando a la familia cercana y evitación total de la comunicación con los miembros de la familia.			

Conclusiones	Se recomienda capacitación en notificación de muerte basada en la cultura para que el personal se sienta cómodo comunicándose con los miembros de la familia y asegurar que estos reciben una correcta atención y apoyo.
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	No se encuentra bibliografía interesante para mi estudio.

Ficha revisión bibliográfica:	Código/ Referencia interno	N22
	URL	https://www.mendeley.com/catalogue/b348ece7-4773-36d4-bdc3-6a04792565c6/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B2f9cdb05-357c-422b-9fdc-40f7d18f7a17%7D
	DOI	10.4037/ajcc2017916

Referencia bibliográfica (Vancouver)	McMeekin DE, Hickman RL Jr, Douglas SL, Kelley CG. Stress and coping of critical Care Nurses after unsuccessful cardiopulmonary resuscitation. Am J Crit Care [Internet]. 2017;26(2):128–35. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2017916
--	---

Escala valoración (Escala tipo Likert)	1	Poco relevante para el objetivo de mi estudio (valorar exclusión)
	2	Relevante para marco teórico pero poca calidad metodológica
	3	Relevante por metodología, pero pocos resultados interesantes para mi estudio
	4	<input checked="" type="checkbox"/> Relevante por metodología, resultados y marco teórico.

Introducción	Justificación	Este estudio puede ofrecer conocimientos sobre estrategias para atenuar la morbilidad psicológica asociada con la prestación de cuidados de soporte vital y resaltar la necesidad de procesos de apoyo psicológico que puedan ayudar en la retención de enfermeras de cuidados intensivos.
	Objetivos	Examinar las relaciones entre el estrés post- código, los comportamientos de afrontamiento y la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), para evaluar las características demográficas influyentes asociadas con el estrés post- código y la gravedad de los síntomas del TEPT.

Material Métodos	Tipo estudio	Rev. Bibliográfica	Ensayo clínico
		Rev. Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Marco Teórico	Descriptivo
		Rev. Histórica	Cualitativa
	Año Realización	2017	
	Encuesta/Cuestionario validado	Se utilizaron tres escalas: Escala de Estrés Post-Code (PCSS), el inventario COPE breve (BCOPE) y la	

	Recogida Datos		escala de impacto de eventos revisada (IES-R).
		Encuesta/Cuestionario elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registros	
		Técnicas Cualitativas	
	Otras		
Población	Población universal: Enfermeras de cuidados críticos.		
	Población diana: Enfermeras adultas de cuidados críticos que estaban suscritas a la línea de noticias electrónica semanal de la Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACN) o eran seguidores de las páginas de Facebook y Twitter de la AACN.		
Resultados Relevantes	Las puntuaciones para el estrés post- código y para la gravedad de los síntomas de TEPT fueron significativamente más altas para las participantes femeninas que para los participantes masculinos. Como conductas de afrontamiento ineficaces encontramos: la auto distracción y auto culpabilización y como conductas eficaces encontramos la aceptación, el apoyo instrumental y el afrontamiento activo.		
Discusión Planteada	Este estudio demostró altos niveles de estrés post- código entre los encuestados. Los comportamientos de afrontamiento ineficaces están asociados con una mayor gravedad de los síntomas de TEPT, por lo que los comportamientos de afrontamiento podrían ser el vínculo influyente en la progresión de los estados de estrés agudo a estados de estrés crónico no resuelto. La disponibilidad de apoyo institucional (debriefing) para las enfermeras de cuidados intensivos mitigaría la gravedad de la angustia psicológica.		
Conclusiones	Las enfermeras son las principales proveedoras de reanimación cardiopulmonar en entornos de cuidados agudos y críticos. La comprensión del desarrollo de las manifestaciones del estrés del código postal, como los síntomas del TEPT, puede ayudar a identificar los recursos que mejoran la salud de las enfermeras de cuidados intensivos y reducen la salida prematura de la profesión.		
Bibliografía interesante del artículo (Búsqueda dirigida)	Hinderer KA. Reactions to patient death: the lived experience of critical care nurses. Dimens Crit Care Nurs. 2012; 31(4):252-259. Buurman BM, Mank APM, Beijer HJM, Olff M. Coping with serious events at work: a study of traumatic stress among nurses. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2011;17(5):321-329.		