

Cuestionario sobre conocimientos y actitud de enfermería ante la parada cardiorrespiratoria. Creación y grupo piloto

Knowledge and attitude questionnaire of nursing facing cardiac arrest. Creation and pilot group

Autoras: Verónica Tíscar González (1), Garrastatxu Landaluze Okeranza (2), Ascensión Rodríguez Molinuevo (3), María Teresa Valtierra Aragón (4), Itziar Larrea Arechabaleta (5).

Dirección de contacto: vertisg@yahoo.es

Fecha recepción: 27/10/2014

Aceptado para su publicación: 30/05/2015

Resumen

Objetivo. Elaborar un cuestionario que valore los conocimientos y actitud de las enfermeras ante una PCR. **Métodos.** Estudio descriptivo transversal. Se diseña el primer borrador en base a las recomendaciones de la ERC 2010, las recomendaciones éticas y legales vigentes y teniendo en consideración los resultados de otras investigaciones. Se realiza triangulación entre la investigadora principal y un experto en validación de cuestionarios. El borrador del cuestionario resultante es sometido a tres rondas de técnica Delphi con expertos médicos y enfermeras, tras la cual se llevan a cabo nuevas modificaciones en el cuestionario. Finalmente se realiza un pilotaje con 30 enfermeras. **Resultados.** El resultado principal del estudio es la creación del cuestionario que agrupa en tres dimensiones los 33 ítems que lo conforman: datos sociodemográficos, conocimientos y actitud. La consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach, es de 0,644 que si bien no alcanza el 0.70 se acerca a ésta. En la dimensión de actitud hay 5 ítems que presentan efecto techo-suelo. Las propiedades que se valoran en el grupo piloto son "indicadores" que nos deben hacer modificar aspectos-ítems del cuestionario surgido del proceso Delphi, por lo que deberemos hacer una reflexión sobre dichos ítems, y quizás sea necesario matizar los resultados que se obtengan cuando el cuestionario se mande a toda la población a estudio. **Discusión.** La factibilidad del cuestionario es óptima, siendo un instrumento de fácil y rápida administración, bien aceptado por las profesionales enfermeras, con aceptables resultados psicométricos analizando tanto cada dimensión por separado como en global.

Palabras clave

Paro Cardíaco; Resucitación Cardiopulmonar; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Enfermería; Bioética.

Abstract

Objective. Design a questionnaire designed to assess the knowledge of nurses on cardiopulmonary resuscitation and to assess their attitude in a cardiorespiratory arrest. **Method.** A descriptive study (first stage for a questionnaire validation). The first draft is based on the European Resuscitation Council (ERC) 2010 recommendations, our profession legal and ethical recommendations in our country, taking into consideration the results of other researches on the subject. Triangulation between the principal investigator and an expert in questionnaire validation is performed. After that, the draft questionnaire is subjected to three Delphi technique rounds by experts. The questionnaire obtained was applied to 30 nurses in the pilot study. **Results.** The study main result is the creation of a questionnaire collecting the 33 items (questions) in three dimensions; knowledge, attitude and socio demographic data. Internal consistency measured by the Cronbach's alpha is 0,644, close to the 0,7. In the attitude dimension there are 5 floor-ceiling effect items. The properties evaluated in the pilot group are "indicators" that should generate some modifications of the aspects-items of the questionnaire emerged from the Delphi process. So we need to make some reflections about those items, and, maybe, refine the results obtained once the questionnaire is distributed to the entire study population. **Conclusions.** The questionnaire feasibility is optimal, being a user-friendly and rapid administration (about 10 minutes) instrument. It's well accepted by nurses, and it has acceptable psychometric results analyzing each dimensions both individually and globally. However 5 of the items enfolded in the attitude section, requires further reflection and maybe new modifications.

Key words

Cardiorespiratory Arrest; Cardiopulmonary Resuscitation; Nursing; Knowledge; Attitude.

Categoría profesional y lugar de trabajo

- (1) Diplomada Universitaria Enfermería por la Universidad de Leioa. Doctoranda en Ciencias de la Salud, Universitat de Lleida. Master Universitario de investigación en salud: Especialidad en investigación clínica y epidemiológica y Especialidad en Investigación Crítica en Salud, Universidad de Lleida. Experto en Urgencias y emergencias extrahospitalarias por la Universidad Complutense de Madrid. Hospital Universitario Basurto (Bilbao), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).
- (2) Diplomada en enfermería por la Universidad de Vitoria, Licenciada Europea en enfermería por la Universidad de Brighton y por la EUE de Vitoria. Hospital Universitario Basurto (Bilbao), Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).
- (3) Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Coordinadora del Área de Organización, Docencia e Investigación de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto.
- (4) Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Supervisora de Docencia e Investigación de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto.
- (5) Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Directora de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto.

INTRODUCCIÓN

Se denomina parada cardiorrespiratoria (PCR) a la interrupción brusca, de forma inesperada y potencialmente reversible de la circulación y la respiración espontáneas (1). El inicio precoz de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar (RCP) junto a la activación temprana de la cadena de supervivencia son claves para mejorar el pronóstico del paciente (2).

Datos disponibles a nivel Europeo revelan que alrededor de 700000 personas al año padecen una PC intrahospitalaria (3). En nuestro país los datos disponibles son variables ya que no se dispone aún de un registro estandarizado (4). Se estima que de 1 a 5 pacientes por cada 1000 ingresos podrían padecerla (5).

Tanto en las paradas extrahospitalarias como en aquellas que suceden en el ámbito hospitalario, el pronóstico del paciente que sufre una PCR no es demasiado alentador. La supervivencia al alta rondaría el 17.6%, según el Registro Nacional de RCP de la American Heart Association (AHA) (6), coincidiendo con estudios disponibles en nuestro país (3,7).

A ello hay que sumarle el riesgo que tienen dichos supervivientes de la PCR de sufrir secuelas neurológicas. Un estudio descriptivo multicéntrico de algo más de 2 años de duración llevado a cabo en 5 Hospitales Universitarios de Cataluña, situaba alrededor del 50% los pacientes que presentaban un buen pronóstico neurológico al alta (8).

Se considera que la optimización y generalización de la RCP podría salvar anualmente unas 8000 vidas en nuestro país (9). Existe evidencia científica de que el inicio precoz de las maniobras de RCP y la activación temprana de la cadena de supervivencia son clave para mejorar el pronóstico del paciente que sufre una PCR. Por lo que el dominio de una correcta técnica de reanimación cardiopulmonar se convierte en uno de los determinantes principales de los índices de éxito en la atención de la parada cardiorrespiratoria. (2,10).

Sin embargo, resulta un tanto sorprendentes los resultados de algunos estudios que revelan que las PCR intrahospitalarias tendrían peor pronóstico que las extrahospitalarias (5).

Abella afirmaba en su estudio que las compresiones torácicas durante la Reanimación Cardiopulmonar intrahospitalaria son frecuentemente de poca calidad (11), e investigaciones como la de Chan

constatan que es frecuente la desfibrilación tardía en hospitales, por lo que la formación y el reciclaje de los profesionales es imprescindible (12).

Investigaciones llevadas a cabo en el ámbito hospitalario, ponen de manifiesto la existencia de una necesidad de reciclaje en materia de RCP, en todos los profesionales en general, enfermeras (13,14) y médicos (15,16). Algunas cuestiones tan básicas como la secuencia correcta compresión-ventilación parece que no son correctamente conocidas por todos los profesionales (17).

El Comité de Unificación Internacional en Resucitación (ILCOR) señalaba en el 2010 que los conocimientos y habilidades en soporte Vital Básico y Avanzado se deteriorarían en un breve plazo de unos 3-6 meses. Por este motivo la realización de evaluaciones frecuentes podría ser útil a la hora de identificar aquellos profesionales que requieran reforzar sus conocimientos y/o habilidades. (18)

Cuando la PCR ocurre en el medio intrahospitalario, son generalmente los profesionales de enfermería los primeros en detectarla y en activar la cadena de supervivencia, (19,20) siendo imprescindible, por lo tanto, que reciban formación continua en la materia.

Por otra parte, decidir si iniciar o no una RCP no siempre es una decisión sencilla, ya que hay que tener presente además una serie de aspectos éticos y legales que a menudo envuelven la situación de PCR. Con el fin de preservar el trato digno del paciente y de proteger los principios de Beneficencia y No Maleficencia, el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) establece una serie de directrices dentro de sus recomendaciones sobre RCP (12), por lo que se hace preciso que el profesional sanitario conozca en qué situaciones está indicado iniciar o no una RCP, y/o cuándo se deben detener las maniobras ya iniciadas.

Se deberían considerar por tanto, las circunstancias del paciente y las consecuencias que podrían derivarse de la acción (21). En general, la RCP debería iniciarse inmediatamente ante una PCR salvo excepciones como (22):

En base al principio de autonomía: Si se conoce el deseo en contra de la RCP del paciente mediante documento escrito o por medio de familiares próximos ó tutor legal.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre de autonomía del paciente regula en nuestro país el testamento vital, también denominado Instrucciones previas ó voluntades anticipadas (23).

Principios de beneficencia y no maleficencia:

Si se tiene certeza de que la RCP no es apropiada, bien porque existen signos indiscutibles de muerte biológica, bien en pacientes en proceso terminal ó al final de un proceso agudo con evolución fatal a pesar de los esfuerzos terapéuticos. Tampoco estaría indicado comenzar las maniobras cuando la víctima se encuentre en una situación de daño cerebral permanente e irreversible de deterioro intelectual conocido (estado vegetativo, demencia) ó una vez transcurridos más de 10 minutos entre la PCR y el inicio de la RCP. La edad por sí misma, no sería considerada ni indicación ni contraindicación para iniciar las maniobras de RCP (22).

Principio de justicia: Si la realización de RCP conlleva graves riesgos para el reanimador ó existen otras víctimas simultáneas con mayor probabilidad de recuperación (22).

Sin embargo, la toma de la decisión de iniciar la RCP y/o suspenderla, puede estar a menudo envuelta en controversia. La falta de protocolos de actuación en contextos específicos (pacientes terminales, mala calidad de vida por patologías concomitantes, expresión consciente y reiterada de la persona de su voluntad de no reanimación a familiares...) es una realidad comentada en diversos estudios y sucede tanto en el ámbito extra como intrahospitalario (24,25). En ocasiones nos encontramos con situaciones en las que no existe en la Historia clínica una orden médica clara y por escrito de No intentar Resucitación.

Estudios como el llevado a cabo por el Grupo de Bioética del SEMICYUC, describen una propuesta de formulario ONIR (Orden de No iniciar Reanimación). (22).

Para la cumplimentación de los formularios de Órdenes de No Iniciar RCP, es necesaria la participación del equipo de enfermería por la percepción que las enfermeras tienen del enfermo y entorno, ya que en muchas ocasiones son conocedoras de los deseos explícitos del paciente (22,26).

En nuestra OSI Bilbao-Basurto no disponemos por el momento de ningún documento semejante.

Ante una PCR no sólo es importante considerar los conocimientos sobre RCP que tienen los profesionales. El derecho prioritario del paciente debe ser el de recibir una RCP de calidad respetando su voluntad siendo la actitud de los profesionales sanitarios clave en este campo.

Rodríguez definió la actitud como "una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra

de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto"(27).

Entre otros aspectos a valorar acerca de la actitud de los profesionales sanitarios durante la RCP se encuentra la necesidad de un liderazgo claro dentro del equipo de reanimación (18).

La toma de la decisión de iniciar o no y de suspender las maniobras de RCP compete al responsable del equipo de reanimación, habitualmente aunque no necesariamente, un médico (22). Algunos autores ponen de relieve también que las enfermeras adoptan en raras ocasiones el papel de líder.

Poder evaluar no sólo los conocimientos de las enfermeras sino también su actitud ante una PCR sería de gran interés a la hora de adaptar la formación a sus necesidades y mejorar la atención, garantizando la calidad de los cuidados y el respeto a los derechos fundamentales del paciente.

En la búsqueda bibliográfica llevada a cabo no se encuentra ningún cuestionario validado para tal fin, por lo que el objetivo de este estudio es el crear y validar un cuestionario.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Elaborar un cuestionario en lengua castellana que evalúe los **conocimientos** de las enfermeras acerca de las recomendaciones de la RCP y que valore su **actitud** ante una PCR.

Objetivos secundarios

Valorar las primeras propiedades psicométricas de dicha herramienta para poder aplicarlo después al total de la población diana con el fin de medir su validez.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se lleva a cabo desde octubre 2013 a junio del 2014 en la OSI Bilbao-Basurto. La Organización Sistemas Integrados (OSI) está compuesta por el Hospital Universitario Basurto; Hospital de segundo nivel que dispone de aproximadamente 681 camas y Comarca Bilbao.

El estudio se lleva a cabo en tres fases:

1ª Fase. Diseño del cuestionario

Diseño de un cuestionario Ad hoc, autoadministrable y semiestructurado en tres dimensiones: Datos sociodemográficos, conocimientos teórico-prácticos y actitud. Basado en las recomendaciones sobre RCP básica y Avanzada de la ERC 2010, en las recomendaciones bioéticas y legales vigentes en nuestro país ante una PCR, y en los cuestionarios no validados utilizados por otros investigadores.

Se tiene también en consideración la **población** a la que va dirigido: enfermeras de hospitalización y Atención Primaria de la *Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto (Osakidetza)*. Se excluyen las enfermeras de servicios especiales ya que son unidades con una mayor prevalencia de PCR y reciben por ende más cursos de reciclaje y se les presupone a su vez un mayor dominio de la técnica de RCP.

Tras la elaboración de un borrador inicial se realiza **triangulación** entre la investigadora principal y un experto en validación de cuestionarios.

2ª Fase. Técnica Delphi

Con la técnica Delphi se somete el cuestionario a la evaluación por parte de los expertos. Se realizan un total de tres rondas.

Selección y contacto con los expertos

Se seleccionan expertos nacionales independientes y aislados de distintos hospitales y niveles asistenciales y zonas geográficas distintas (País Vasco y Cataluña concretamente) para garantizar la independencia en sus decisiones. La selección se hace de forma intencionada. Los criterios para su selección son en base a su experiencia clínica en atención hospitalaria, primaria y unidades intensivas, experiencia docente en materia de RCP básica e instrumentalizada y/o conocimientos avanzados en metodología de investigación y validación de cuestionarios.

El contacto se realiza a través de correo electrónico en el que se incluye una hoja informativa del proyecto y la voluntariedad de su participación en

el mismo. Se definen un total de 10 perfiles de expertos que se consideran necesarios para llevarla a cabo, que finalmente son los siguientes:

- 1) Enfermera urgencias Hospital Donostia y con experiencia en emergencias y urgencias extrahospitalarias.
- 2) Enfermera docente RCP básica-instrumentalizada y DESA de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza).
- 3) Médico cardiólogo y docente RCP básica-instrumentalizada y DESA de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza).
- 4) Enfermera coronaria Hospital de Cruces (Osakidetza) y psicóloga (se considera positivo la formación en psicología para analizar con mayor profundidad las preguntas acerca de actitud ante la PCR).
- 5) Enfermera de unidad de hospitalización de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza).
- 6) Experto en validación de cuestionarios y médico intensivista Hospital Arnau de Vilanova (Lleida).
- 7) Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Técnico superior en salud pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- 8) Médico de Atención Primaria con experiencia en investigación
- 9) Enfermero de Atención Primaria. Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente. Osakidetza, servicio vasco de salud.
- 10) Médico cardiólogo de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza).

La participación de los expertos se hace vía correo electrónico y se garantiza en todo momento el anonimato de los participantes en la técnica Delphi durante el desarrollo de la misma.

3ª Fase. Pilotaje del cuestionario

Período en el que se realiza el pilotaje

Primera quincena junio 2014.

En el cuestionario de actitud se realiza test-retest con una semana de diferencia entre ambos.

Muestra piloto

30 enfermeras de la OSI Bilbao Basurto.

Criterios de inclusión

Enfermeras en activo en el momento del estudio y facilidad para localizarlas de nuevo al cabo de una semana con el fin de llevar a cabo el retest.

Criterios de exclusión

Enfermeras de servicios especiales

Se valoran diversos aspectos de la **fiabilidad** del cuestionario: fiabilidad ó consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, y la estabilidad temporal (test-retest) en la dimensión de actitud con el Coeficiente de Correlación intraclase (CCI). Al tratarse de un cuestionario autoadministrado no es necesario valorar la fiabilidad interobservador ya que no existe interacción con el entrevistador.

Se valora también:

- **Factibilidad** del cuestionario (Porcentaje de no respuesta a cada pregunta) y observaciones realizadas por los encuestados.
- **Practicabilidad** del mismo (tiempo que se tarda en rellenar el mismo y la facilidad para entender las preguntas).
- **Capacidad discriminativa de las preguntas.** Existencia de efecto suelo y efecto techo. Se define como el porcentaje de personas con la puntuación menor (suelo) y mayor (techo) en cada dimensión, ya que estos efectos podrían restar capacidad discriminatoria a las preguntas. Para estudiar estos efectos y la forma de distribución de las respuestas, se miden los rangos y se muestran las medianas y las amplitudes intercuartiles.

Análisis del pilotaje del cuestionario

Para el tratamiento estadístico de los datos se elaborará una base de datos Microsoft Excel y se analizarán con el programa estadístico SPSS Statistics 20. Se considerará una $p < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No existe conflicto de intereses.

El proyecto cuenta con la aprobación del CEIC de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza). Se garantiza en todo momento el anonimato y confidencialidad de los resultados.

RESULTADOS

El **resultado principal del estudio** es la creación del cuestionario que agrupa en tres dimensiones los 33 ítems que lo conforman: datos sociodemográficos, conocimientos y actitud (**Anexo 1**).

La dimensión de actitud la conforman a su vez 3 factores:

- **Poder.** ¿Se siente capacitada la enfermera para llevar a cabo la RCP?
- **Deber.** ¿Conoce sus obligaciones ético-legales en el escenario de una PCR?
- **Temores.** ¿Tiene miedo a las consecuencias ético-legales que de su acción puedan derivarse?

Para comprobar si realmente existen estos factores será necesario realizar el cuestionario a todo el grupo extendido y hacer análisis factorial. El proceso de creación del cuestionario se describe a continuación.

Resultados de la Técnica Delphi

En la primera ronda reciben el borrador del cuestionario junto a un cuestionario para evaluar diferentes aspectos del mismo. Disponen del plazo de siete días para responder, tras el cual y una vez analizados y categorizados los datos, se busca el consenso mínimo entre los expertos y se realizan las modificaciones oportunas. Se envía de nuevo el cuestionario a los expertos para solicitar su opinión sobre los cambios realizados.

Se analiza de nuevo, se realizan nuevos cambios y se envía en la tercera y última ronda.

Las modificaciones realizadas en el cuestionario, fruto de la técnica Delphi, se describen en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Descripción de la técnica Delphi.

Primera Ronda Delphi
<ul style="list-style-type: none"> - Se escriben las abreviaturas entre paréntesis la primera vez que aparecen en el cuestionario <p>Apartado datos sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se añade Atención primaria y servicios de pediatría - Se cambia el término género por sexo - Se retira la pregunta de si se siente capacitado para llevar a cabo una RCP (ya que aparece en el apartado actitud) <p>Apartado conocimientos teóricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la pregunta nº 2 se retira "de la habitación" al referirse exclusivamente al ámbito hospitalario - Minutos se escribe completo en vez de abreviado - Se añade una pregunta más sobre el uso del DESA (nº 11) <p>Apartado actitud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es el apartado que sufre más modificaciones en la primera ronda. - Se modifican las respuestas de escala Likert: <ul style="list-style-type: none"> 1: Muy en desacuerdo 2: Ligeramente en desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: Ligeramente de acuerdo 5: Muy de acuerdo - Se añade la pregunta nº 7: "Considera que la RCP puede ser realizada indistintamente por médicos enfermeras" - Se modifica el enunciado de las preguntas nº 2, 6, 9, 12 y 14
Segunda Ronda Delphi
<p>Apartado datos sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se modifican intervalos de tiempo - Se especifica pediatría hospitalaria y de Atención Primaria <p>Apartado conocimientos teóricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la pregunta 5 en la respuesta nº 3 se cambia el término "puñetazo" por golpe precordial - En la pregunta 6 se ponen abreviaturas entre paréntesis taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV) <p>Apartado actitud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se modifica enunciado de las preguntas 9, 12, 13 y 14 - Se añade una pregunta abierta para que los profesionales puedan añadir observaciones/sugerencias
Tercera Ronda Delphi
<ul style="list-style-type: none"> - Se realizan cambios en el formato y estilo del cuestionario

Resultados del pilotaje del cuestionario

Finalizada la técnica Delphi, se lleva a cabo el pilotaje del cuestionario. En el grupo piloto se evalúan algunas de las propiedades psicométricas del cuestionario, cómo algunos aspectos de fiabilidad.

Es por lo tanto la fase final de elaboración del cuestionario antes de su administración al grupo ampliado (población diana).

1) Apartado de datos sociodemográficos

Figura 1. Experiencia laboral.

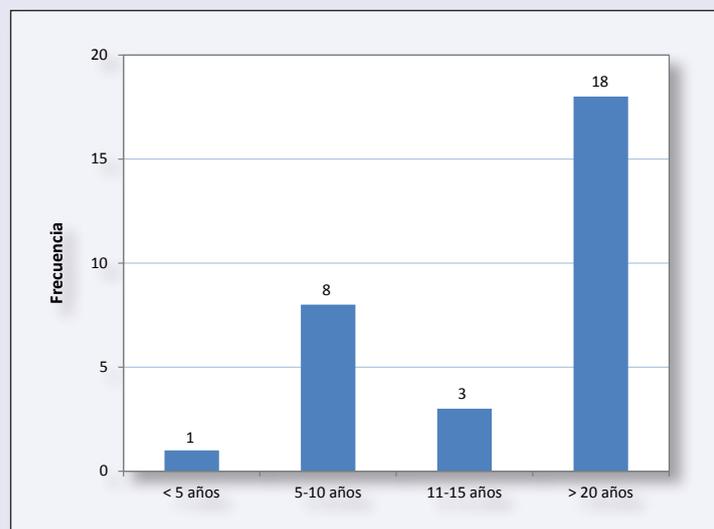


Figura 2. Último curso de RCP.

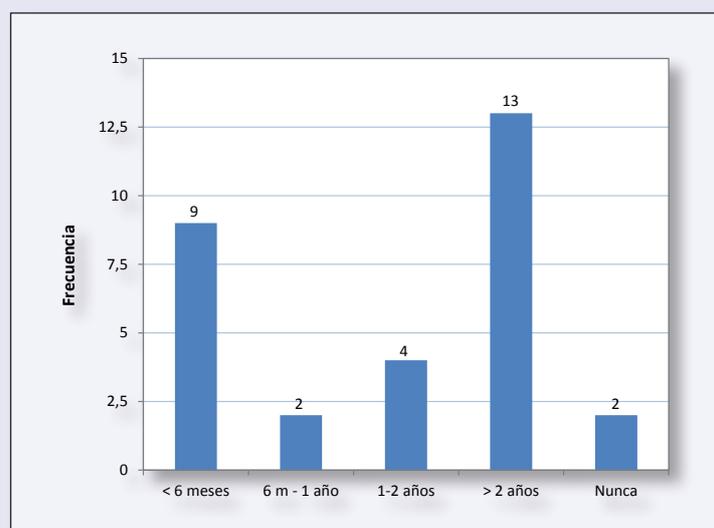


Figura 3. Última PCR.

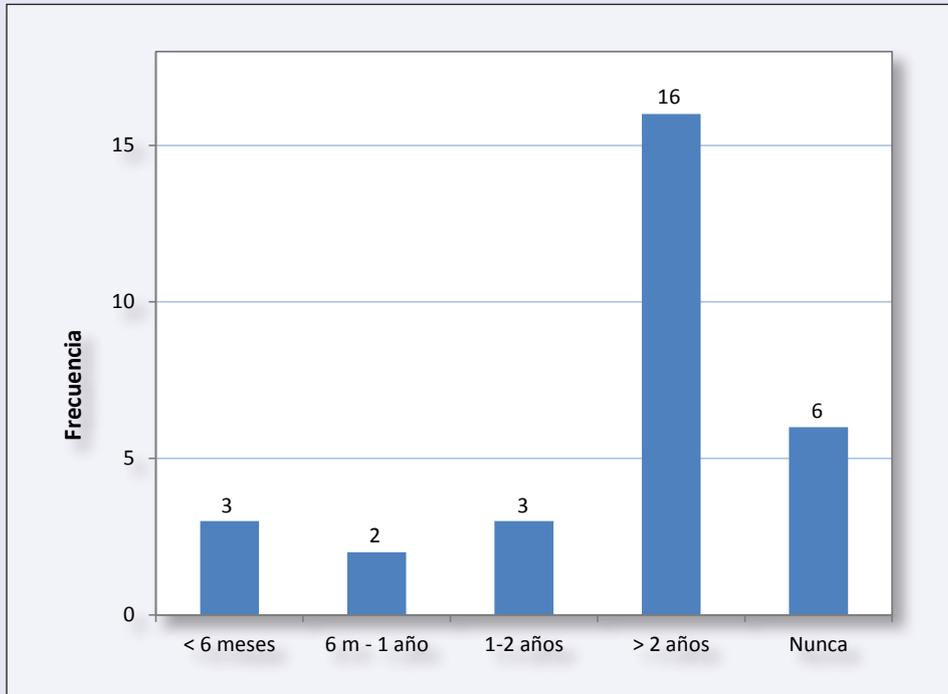
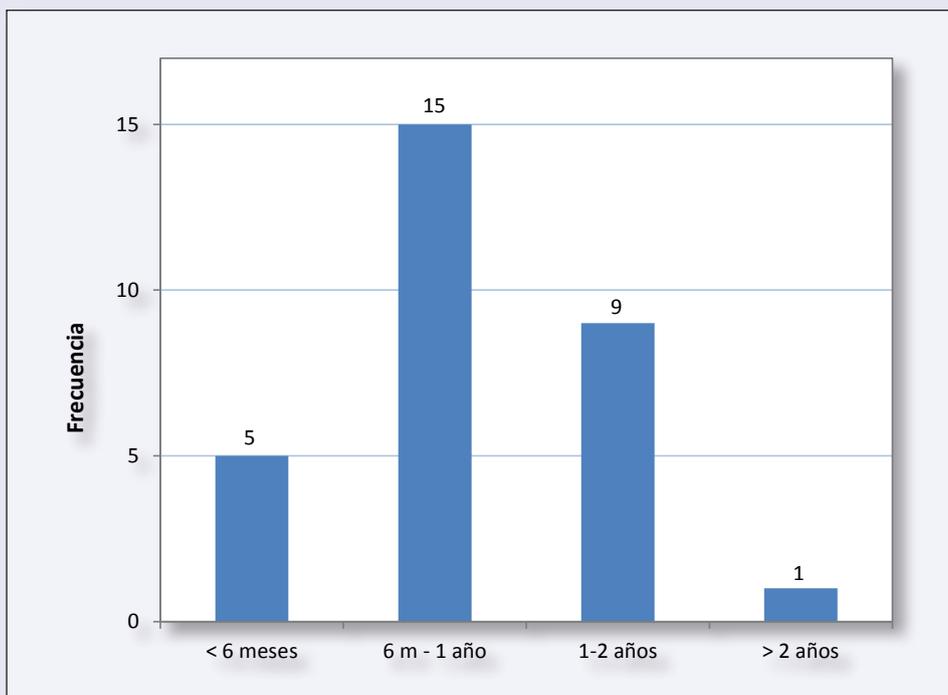
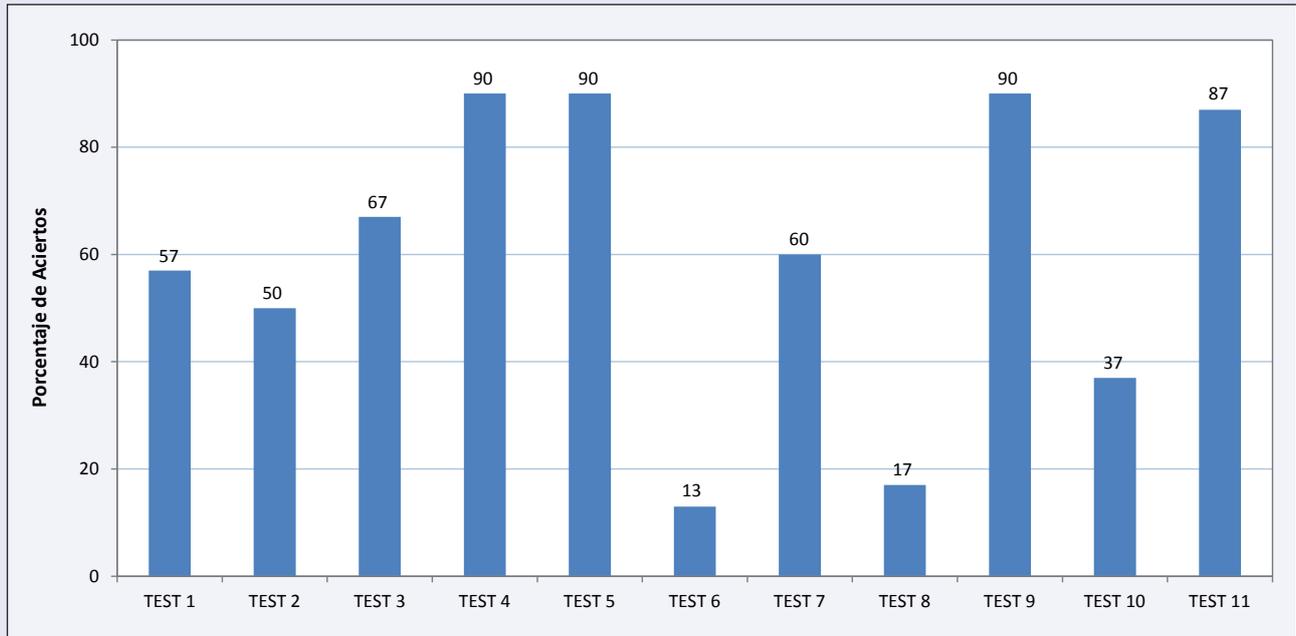


Figura 4. Frecuencia de reciclaje.



2) Apartado conocimientos teórico-prácticos RCP (11 preguntas)

Figura 5. % aciertos conocimientos RCP x ítem.



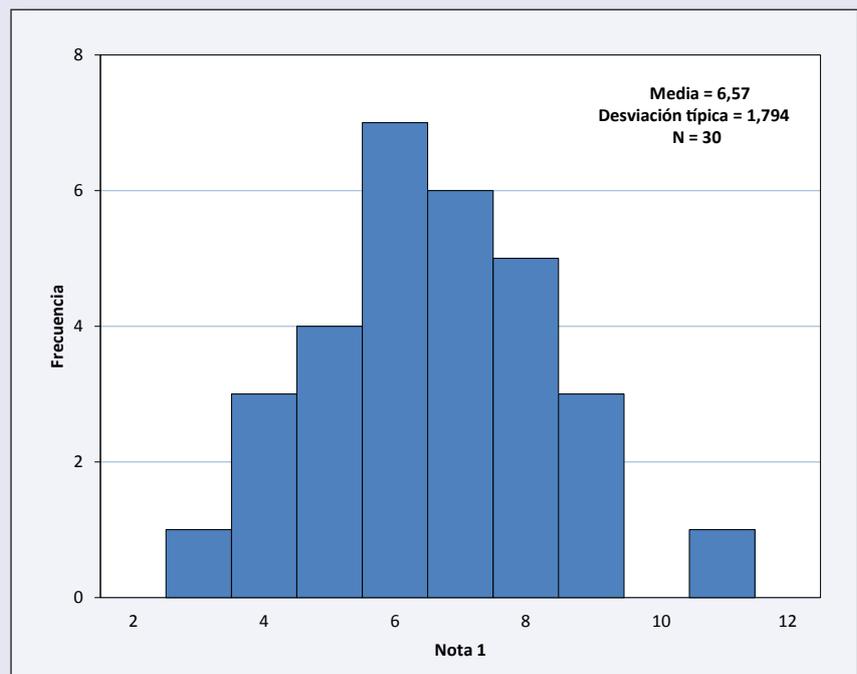
En el grupo piloto se comprueban distintos porcentaje de aciertos (entre el 13 y el 90 %).
Lo que demuestra que hay preguntas con mayor y menor grado de dificultad.

Figura 6.

Nota media conocimientos.

Nota media de 6.6 sobre 11 (rango entre un 3 y 11) con distribución simétrica.

Se lleva a cabo también el análisis de los resultados del cuestionario de conocimientos en función de las distintas variables sociodemográficas, pudiendo concluir que si bien no existen diferencias significativas hay que tener en cuenta que el grupo piloto es pequeño.



3) Apartado actitud ante la PCR

Hay 4 ítems que presentan **efecto techo-suelo** y uno con sentido inverso.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas en los ítems de actitud. n = 30.

	1	2	3	4	5	NS/NC	TECHO
ACTI1	10	17	37	33	3	0	
ACTI2	7	10	27	47	10	0	
ACTI3	3	7	17	30	43	0	
ACTI4	0	0	0	23	77	0	T
ACTI5	0	0	7	7	86	0	T
ACTI6	0	7	7	27	60	0	
ACTI7	0	7	13	20	60	0	
ACTI8	30	30	27	10	0	3	INV
ACTI9	17	13	20	23	27	0	
ACTI10	30	7	20	23	20	0	
ACTI11	10	3	37	17	33	0	
ACTI12	3	3	0	3	90	0	T
ACTI13	0	0	7	3	90	0	T
ACTI14	0	3	13	30	53	0	

ACT: Ítem de actitud. NS/NC: No sabe No contesta. T: Efecto techo. INV: Sentido inverso.

Tabla 3. Resultados test-retest cuestionario actitud.

	CCI	IC (95 %)	p
ACTI1	0,841	0,681 - 0,924	< 0,001
ACTI2	0,800	0,608 - 0,904	< 0,001
ACTI3	0,779	0,572 - 0,893	< 0,001
ACTI4	0,368	0,007 - 0,652	0,027
ACTI5	0,738	0,503 - 0,871	< 0,001
ACTI6	0,330	0,050 - 0,627	0,043
ACTI7	0,384	0,012 - 0,663	0,022
ACTI8	0,351	0,034 - 0,646	0,036
ACTI9	0,622	0,323 - 0,808	< 0,001
ACTI10	0,604	0,298 - 0,793	< 0,001
ACTI11	0,288	0,096 - 0,597	0,069
ACTI12	—	—	—
ACTI13	0,179	0,009 - 0,518	0,181
ACTI14	0,551	0,223 - 0,767	< 0,001

— Cálculo imposible por falta de varianza. ACT: Ítem de actitud.
CCI: Coeficiente de correlación intraclase. IC: Intervalo de confianza.

Resulta llamativo que tras la repetición del cuestionario parece que los encuestados radicalizan su postura hacia valores más de acuerdo, sobre todo en las preguntas 4, 6, 7, 8, 11, 12 y 13. Se puede sospechar a la luz de estos datos que hacer el cuestionario y repetirlo en un plazo breve de tiempo puede modificar las respuestas de los encuestados.

Fiabilidad interna (de los 14 ítems de actitud)

El Alfa de Cronbach global de la dimensión de actitud es del 0,644. No alcanza el 0.70 idóneo por lo que se plantean modificaciones antes de su envío a la población total.

Se realiza análisis factorial del que se desprende la existencia de 4-5 posibles dimensiones, a la espera de confirmar dicha relación en el estudio de los datos tras el envío a la población total (**Tabla 4**).

Factibilidad

Se analiza en base al porcentaje de preguntas no contestadas y el tiempo de realización.

Tiempo medio de realización

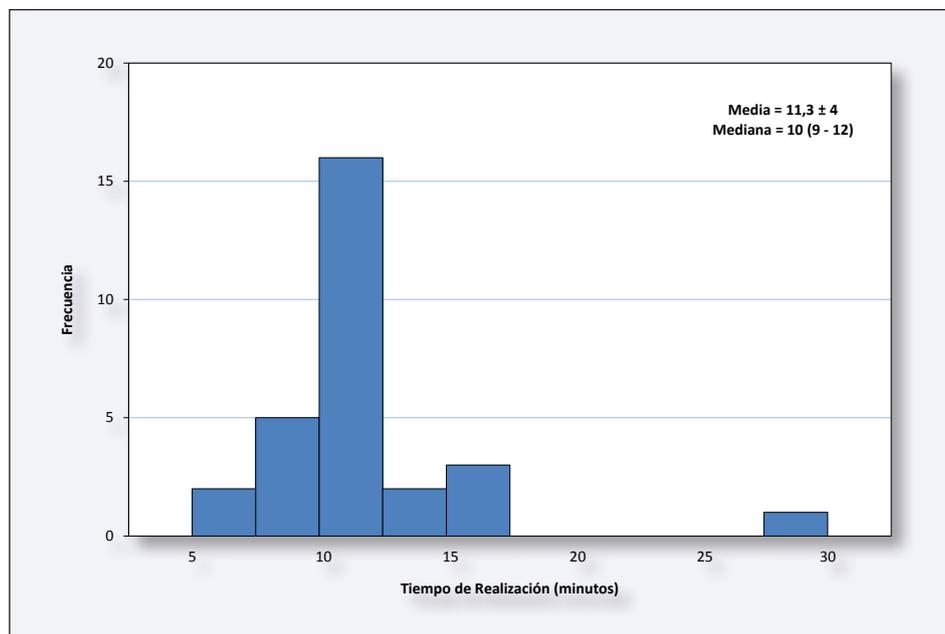
11 minutos \pm 4 (mediana de 10 minutos)

Rango (de 5 a 30 minutos)

Tabla 4. Dimensiones.

	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5
Dimensión	¿Se siente capacitado?	Responsabilidad personal	Liderazgo y toma de decisiones	Responsabilidad legal	
Ítems	1 y 2	4,12 y 14	6, 9 y 10	5,7 y 11	8 y 13
Alfa de Cronbach	0.920	0.722	0.697	0.574	El ítem nº 8 tiene sentido inverso. Se proponen modificaciones.

Figura 7. Tiempo de realización.



La factibilidad del cuestionario es óptima, ya que hay pocos ítems que no hayan sido contestados, existen también pocas observaciones de los entrevistados y el tiempo de respuesta es adecuado, rondando los 10 minutos. Tan sólo una persona dijo haber tardado alrededor de 30 minutos en contestarlo, añadiendo que había sufrido múltiples interrupciones durante ese tiempo.

Observaciones y comentarios recogidos durante la muestra piloto

Pregunta nº 8 de actitud. *"Considera que el personal sanitario debe ser exclusivamente quien debe iniciar o no una RCP"*, una enfermera preguntaba si se refería exclusivamente al medio hospitalario ó en general.

Otra cuestión planteada por varias enfermeras es qué se va a hacer con los resultados del estudio, con lo parece oportuno añadir información al respecto en el cuestionario.

DISCUSIÓN

Si bien en el cuestionario de conocimientos se considera que no es preciso llevar a cabo fiabilidad test-retest ya que el hecho de repetir el test por sí mismo puede mejorar los resultados, en el cuestionario de actitud, el grupo piloto nos sirve para identificar los ítems con efecto techo en los que todo el mundo ha contestado estar muy acuerdo. Las propiedades que se valoran en el grupo piloto son "indicadores" que nos deben hacer modificar aspectos-ítems del cuestionario surgido del proceso Delphi. Deberemos hacer una reflexión sobre dichos ítems, y quizás sea necesario realizar modificaciones ó matizar los resultados que se obtengan cuando el cuestionario se envíe a toda la población a estudio (enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto). Los ítems en cuestión son: el 4, 5, 8,12 y 13.

Pregunta 4. *"Considera que es responsabilidad de su centro de trabajo ofrecerle la formación para poder llevar a cabo una RCP"*. Es llamativo que una gran mayoría de profesionales encuestados considera obligación del centro ofrecer y mantener la formación en RCP y sin embargo no ocurre lo mismo con el ítem que se refiere a la obligación personal de reciclarse (pregunta de actitud nº3), responsabilidad recogida en el código deontológico de nuestra profesión, concretamente en el Artículo 60:

"Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende."

Se decide mantener este ítem ya que puede ser interesante analizar los resultados tras el envío al total de la población diana.

Preguntas 5 y 12. *"Considera que fuera de su área de trabajo también tiene la obligación de iniciar una RCP"* y *"Considera que la rapidez con la que inicie las maniobras de RCP puede disminuir el riesgo de daños neurológicos"*.

Se podría valorar su retirada del cuestionario ya que parecen conceptos correctamente interiorizados.

Pregunta 8. *"Considera que el personal sanitario debe ser exclusivamente quien debe iniciar o no una RCP"*. Tiene sentido inverso. Se debería modificar pudiendo ser sustituida por *"No es necesario ser personal sanitario para iniciar o no una RCP"*.

Pregunta 13. *"Considera necesario que los pacientes NO reanimables estén identificados"* (por ej. en el hospital o incluso en la historia de Atención Primaria). Parece que existe también un criterio claro de la necesidad de reflejar en la historia clínica aquellos pacientes en los que no se debería iniciar una RCP. Sin embargo en nuestra OSI Bilbao-Basurto no se dispone por el momento de ningún formulario similar, lo que podría dar lugar a investigaciones y proyectos futuros, con el fin de seguir mejorando la calidad asistencial.

Tras la realización del pilotaje se concluye que no se debe modificar ninguna pregunta del cuestionario de conocimientos, ya que el resultado es el adecuado: hay preguntas de todo tipo de dificultad y recogen diversos aspectos del tema evaluado. Si bien no existen diferencias significativas en el análisis de esta dimensión del cuestionario, hay que tener en cuenta que el grupo piloto es pequeño. Sirve para ver alguna tendencia que luego hay que comprobar en un grupo más grande.

La factibilidad del cuestionario es óptima, siendo un instrumento de fácil y rápida administración, bien aceptado por las profesionales enfermeras, adaptado al contexto de nuestro país, y con unos aceptables resultados psicométricos analizando tanto cada dimensión por separado como en global.

Como **limitaciones** del estudio, aunque no se encontró un efecto suelo relevante, el efecto techo sí fue apreciable, en concreto en 4 ítems del apartado de actitud tal y como hemos comentado anteriormente.

Podría señalarse también como una limitación de dicho instrumento el hecho de que en el análisis del test-retest de la dimensión de actitud la opinión de las enfermeras se radicaliza en la mitad de los ítems cuando el cuestionario se repite por segunda vez en un plazo breve de tiempo.

Por último, se observa margen de mejora en cuanto a conocimientos teórico-prácticos y sobre aspectos ético-legales en materia de RCP en la muestra piloto, por lo que sería interesante volver a evaluar los conocimientos y actitud de estas enfermeras tras una intervención formativa en la materia.

En lo referente a las implicaciones prácticas del uso de dicho cuestionario podría utilizarse como técnica de cribado para determinar si un servicio ó centro es susceptible de intervención formativa porque sus conocimientos y ó actitudes no sean los deseados. Al mismo tiempo podría servir de método de evaluación de las acciones formativas ya existentes y de comparación de las distintas estrategias formativas y de reciclaje de cada centro y/o comunidad brindando la oportunidad de compartir nuestra experiencia con otros ámbitos asistenciales de nuestro país.

Puede dar lugar también a futuras líneas de investigación, al poder crear y validar cuestionarios que evalúen los conocimientos y la actitud ante la PCR de otros estamentos sanitarios (médicos, enfermeras de servicios especiales y Atención extrahospitalaria) y no sanitarios (celadores, etc.).

CONTINUIDAD/FUTURO DEL PROYECTO

Una vez creado el cuestionario, modificado en base a los resultados de la técnica Delphi y analizado tras la realización de la prueba piloto, se evaluará la validez del mismo. Para ello se enviará el cuestionario a toda la población a estudio, enfermeras de la OSI Bilbao-Basurto (aproximadamente 1826 enfermeras).

Este estudio es por lo tanto la primera parte de la validación del cuestionario ad hoc y su objetivo principal es la creación y valoración de las primeras propiedades psicométricas de dicha herramienta para poder aplicarlo después de forma más general y analizar la validez de constructo mediante análisis factorial, y análisis de la fiabilidad en una muestra mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Pérez L. Conocimientos sobre Resucitación Cardiopulmonar de los enfermeros en unidades sin monitorización de pacientes del Hospital Universitario Central de Asturias. Master Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos: Universidad de Oviedo; 2013.
2. Filgueiras NM, Bandeira AC, Delmondes T, Oliveira A, Lima Jr AS, Cruz V et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador – Bahia sobre o atendimento de vítimas com parada cardiorrespiratória. Arq Bras Cardiol. 2006 Nov;87(5):634-40.
3. Herrera M, López F, González H, Domínguez P, García C, Bocanegra C. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). Med Intensiva. 2010 Abr;34(3):170-81.
4. López Messa JB. Paro cardíaco hospitalario. Señales de cambio. Med. Intensiva. 2010;34(3):159-60.
5. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med. 2007 Sep;33(2):237-45.
6. Meaney PA, Nadkarni VM, Kern KB; Indik JH, Halperin HR, Berg RA. Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. Crit Care Med 2010 Ene;38(1):101-8.
7. Comité hospitalario de RCP del Hospital Universitario Virgen de las Nieves Servicio andaluz de salud. Plan Hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar y soporte vital. 2009. [Citado 20 Ago 2013]; Disponible en: http://www.hvn.es/varios/planes/plan_rcp/ficheros/plan_hospitalario_rcp2010_definitivo.pdf
8. Loma P, Aboal J, Caballero A, Vila M, Lorente V, Sánchez JC et al. Características clínicas, pronóstico vital y funcional de los pacientes supervivientes a una muerte súbita extrahospitalaria ingresados en cinco unidades de cuidados intensivos cardiológicos. Rev Esp Cardiol. 2013 Ago; 66(8):623-8.
9. Perales N, Álvarez J, López J. Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar. Manual de Soporte Vital Avanzado, 4a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p. 1-21.

10. Endacott R, Scholes J, Buykx P, Cooper S, Kinsman L, McConnell-Henry T. Final-year nursing students' ability to assess, detect and act on clinical cues of deterioration in a simulated environment. *J AdvNurs*. 2010 Ago;66(12):2722-2731.
11. Abella BS, Sandbo N, Vassilatos P et al. Chest compression rates during cardiopulmonary resuscitation are suboptimal: a prospective study during in-hospital cardiac arrest. *Circulation*. 2005;111:428-34.
12. Chan PS, Harlan M, Krumholz MD, Graham N, Brahmajee K, Nallamothu MD. American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Delayed time to defibrillation after In-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med*. 2008 Ene;358:9-17.
13. Muñoz Camargo JC, Rodríguez Barbero M, Muñoz Martínez M, Arévalo Ramírez A, Ruiz López JF, Rubio Serrano P et al. Conocimientos sobre resucitación cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes. *Metas Enferm*. 2011;14(1):10-15.
14. Medina Hernando B, Martínez Ávila MS. Conocimientos y capacitación autopercebida para la reanimación cardiopulmonar. *Metas Enferm*. 2013;16(2):12-17.
15. Vergara MA, Torregrosa LB, Gallardo AM, Giraud EB, Cismondi MT, Centeno A et al. Encuesta sobre conocimiento de las maniobras de Reanimación cardiopulmonar en los residentes de guardia en los hospitales públicos de la Ciudad de Córdoba. *Medicina Intensiva*. 2000;94:102.
16. Machado Álvarez MC, Roque González C, Barrios Osuna CI, Nodal Ortega J, Olive González JB, Quintana Pajón I. Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de cirugía de mínimo acceso. *Rev cuba anestesiología reanim*. 2010 May-Ago;9(2):24-35.
17. Lopez Rodriguez MS, Navarrete Zuazo V, Vallongo Menéndez MB, Fernández Abreu SM, De la Barrera Fernández M, Ramirez de Arellano A. Estudio multicéntrico exploratorio sobre el nivel de conocimientos de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral. [Citado 20 Ago 2013]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol5/no1/scar05106.pdf>
18. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert CL, Deakin C et al. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación. Resumen ejecutivo. Traducción oficial autorizada al español del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP). 2010. [Citado 20 Ago 2013]. Disponible en: <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/230/1/>
19. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation* 2000 Oct;47:179-184.
20. Gombotz H, Weh B, Mitterndorfer W, Rehak P. In-hospital cardiac resuscitation outside the ICU by nursing staff equipped with automated external defibrillators – the first 500 cases. *Resuscitation*. 2006 Sep;70(3):416-22.
21. Gracia D. Prólogo a la segunda edición. *Fundamentos de Bioética*, 2a ed. Madrid: Triacastela; 2007.
22. Monzón JL, Saraleguib I, Molina R, Abizanda R, Martín MC, Cabré L et al. por el Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*. 2010 Nov;34(8):534-549.
23. La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE nº 274/2002*, de 15 de noviembre de 2002.
24. Ballesteros-Peña S, Abecia-Inchaurregui LC, Echevarría-Orella E. Factores asociados a la mortalidad extrahospitalaria de las paradas cardiorrespiratorias atendidas por unidades de soporte vital básico en el País Vasco. *Rev Esp Cardiol*. 2013 Abr;66(4):269-274.
25. Comité Asistencial de Ética Hospital Universitario Central de Asturias. Recomendaciones sobre las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (R.C.P.) [Citado 27 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/webdepartam/documento3CAE.htm>
26. Sulmasy DP, Kai He M, McAuley R, Ury WA. Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. *Crit Care Med*. 2008 Jun;36:1817-22.
27. Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas.

AGRADECIMIENTOS

A los 10 expertos que participaron de forma desinteresada en la técnica DELPHI para la validación del cuestionario:

- **Roberto Abad García.** Enfermero con experiencia en Atención primaria. En la actualidad Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente. Dirección de asistencia sanitaria Osakidetza
- **Yolanda Diez Martínez.** Enfermera y supervisora de la unidad de Cardiología Intensiva (CAI) de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza). Docente RCP básica-instrumentalizada y DESA para profesionales sanitarios.
- **Ane Elorriaga.** Médico especialista en cardiología de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza). Docente RCP básica-instrumentalizada y DESA para profesionales sanitarios.
- **Larraitz Gaztañaga.** Médico especialista en cardiología de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza). Docente RCP básica-instrumentalizada y DESA para profesionales sanitarios.
- **Leire Iruretagoyena Franco.** Enfermera hospitalización de la OSI Bilbao-Basurto del área hospitalaria (Osakidetza).
- **Iñaki Martín Lesende.** Médico de familia en la OSI Bilbao-Basurto (Osakidetza), clínico y experto-investigador en la atención a los Mayores desde la Atención Primaria.
- **Erika Migliaccio.** Enfermera servicio de urgencias Hospital Universitario Donostia (Osakidetza, servicio vasco de salud). Antropóloga. Experiencia en urgencias extrahospitalarias DYA.
- **Nuria de Ríos Briz.** Enfermera Unidad Coronaria del Hospital de Cruces (Osakidetza). Psicóloga. Master investigación en salud Universidad de Lleida.
- **Joan Torres.** Médico especialista en medicina preventiva y salud pública. Técnico superior en salud pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Facultad de enfermería Universidad de Lleida
- **Javier Trujillano.** Médico especialista en Medicina Intensiva Hospital Arnau de Vilanova (Lleida). Experto en Metodología sobre cuestionarios (psicometría). Validación y creación de cuestionarios.
- **Antonio Escobar.** Licenciado en Medicina. Unidad de Investigación del HUB.

A mi tutor **Javier Trujillano** por su apoyo y orientación en la realización de este proyecto y al resto de profesorado del Màster Universitari en Recerca en Salut (Universitat de Lleida), ya que los conocimientos adquiridos durante el mismo fueron imprescindibles para llevar a cabo este estudio.

Agradecer su asesoramiento a **Antonio Escobar** de la Unidad de investigación de la OSI Bilbao-Basurto.

ANEXO 1

CUESTIONARIO

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Sexo

Mujer

Hombre

Experiencia laboral

<5 años

5-10 años

11-15 años

16-20 años

>20años

Tipo de contrato

Eventual/Interino

Fijo laboral

Fijo estatutario

Edad

.....

Servicio en el que desempeña sus tareas

Unidad médica

Unidad quirúrgica

Servicio pediatría hospitalaria

Consulta pediatría Atención Primaria

Consulta Atención Primaria

Otros Especificar

Última vez que recibió un curso de reciclaje en RCP

<6 meses

6 m- 1año

1-2 años

>2 años

Nunca

Última vez que tuvo que asistir una Parada Cardio respiratoria (PCR)

<6 meses

6 m- 1año

1-2 años

>2 años

Nunca

Cada cuanto tiempo considera necesario recibir formación de reciclaje de RCP

<6 meses

6 m- 1año

1-2 años

>2 años

Nunca

**Teniendo en cuenta las últimas recomendaciones
del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) 2010 para RCP:**

1) Le avisa un familiar de que un paciente está tirado en el suelo y no responde, su actuación sería:

- a) Dar la voz de alarma
- b) Comprobar si respira
- c) Acercarse hacia él y comprobar si responde
- d) Iniciar RCP (compresión- ventilación)

2) Ha comprobado que el paciente realmente se encuentra inconsciente, por lo que su actuación en este momento sería:

- a) Dar la voz de alarma
- b) Comprobar si respira
- c) Iniciar maniobras de RCP
- d) Reevaluarlo con regularidad

3) Tras comprobar la ausencia de respiración y pulso, llega a la conclusión de que el paciente se encuentra en Parada Cardio Respiratoria (PCR), por lo que se dispone a iniciar las maniobras de RCP. Para ello, debe conocer que la técnica de compresión torácica óptima comprende:

- a) Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 100 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
- b) Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 60 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)
- c) Comprimir el pecho a una velocidad de al menos 100 por minuto y una profundidad de no más de 4 cm (para un adulto)
- d) Comprimir el pecho a una velocidad de no más de 60 por minuto y una profundidad de al menos 5 cm (para un adulto)

4) La relación correcta compresión/ventilación en la RCP según las recomendaciones de la ERC 2010 es:

- a) 2:15
- b) 15:2
- c) 2:30
- d) 30:2

5) Entre los cambios más importantes producidos en la actualización las guías de RCP cabe destacar:

- a) La importancia de la realización temprana de compresiones torácicas sin interrupciones.
- b) Las compresiones torácicas pueden detenerse el tiempo que sea preciso para asegurar la intubación del paciente
- c) Cobra importancia el papel del golpe precordial
- d) Se recomienda el uso de medicamentos a través del tubo traqueal

6) Durante el tratamiento de la parada cardiaca por Fibrilación Ventricular (FV) ó Taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), se administra 1 mg de adrenalina:

- a) Después de la segunda descarga y repetir cada 3-5 minutos
- b) Después de la tercera descarga y repetir cada 3-5 minutos
- c) No se administra adrenalina sino atropina y repetir cada 3-5 minutos
- d) Después de la primera descarga y repetir cada 3-5 minutos

7) Con el fin de que las compresiones torácicas sean de buena calidad se recomienda siempre que sea posible:

- a) Cambiar la persona que hace las compresiones torácicas cada 4 ciclos.
- b) No es necesario cambiar la persona que realiza las compresiones torácicas si ésta no se encuentra cansada.
- c) Se pueden interrumpir las compresiones brevemente para el descanso del reanimador
- d) Cambiar la persona que hace las compresiones torácicas cada 2 minutos, con la mínima interrupción

8) Después de realizar una desfibrilación se debe:

- a) Reanudar la RCP inmediatamente después de la descarga si la desfibrilación no ha tenido éxito, sin valorar el ritmo ni palpar el pulso
- b) Valorar el ritmo y palpar el pulso antes de reanudar la RCP
- c) Sin valorar el ritmo ni palpar el pulso, reanudar la RCP inmediatamente tras la descarga aunque la desfibrilación haya sido exitosa.
- d) Administrar adrenalina antes de reanudar la RCP

9) En cuanto a la vía de administración de medicamentos en una PCR, es cierto que:

- a) Tanto la vía venosa como la intraósea son accesos preferibles a la vía traqueal para la administración de fármacos.
- b) Se prefiere la administración de adrenalina vía endotraqueal si la causa de la PCR ha sido respiratoria.
- c) Es recomendable colocar una aguja intraósea a pesar de que el paciente disponga de una vía periférica
- d) La vía de elección para la administración de adrenalina es la endotraqueal, por lo que se debe priorizar la intubación del paciente.

10) Los fármacos utilizados por vía intravenosa deben :

- a) Seguirse al menos por un bolo de 20 ml de fluido
- b) Seguirse al menos por un bolo de 5 ml de fluido
- c) No es necesario que vayan seguidos por un bolo de fluido
- d) Diluirse únicamente en suero fisiológico

11) En una víctima de PCR por Fibrilación ventricular cuál es el tratamiento más efectivo:

- a) Adrenalina IV
- b) Golpe precordial
- c) Desfibrilación
- d) Intubación

Valore del 1 al 5, donde:

1	Muy en desacuerdo
2	Ligeramente en desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	Ligeramente de acuerdo
5	Muy de acuerdo

		1	2	3	4	5
1	Considera que tiene la preparación suficiente para llevar a cabo una RCP					
2	Considera que conoce el protocolo de actuación para llevar a cabo una RCP en su área de trabajo					
3	Considera que es responsabilidad personal estar preparado para poder llevar a cabo una RCP					
4	Considera que es responsabilidad de su centro de trabajo ofrecerle la formación para poder llevar a cabo una RCP					
5	Considera que fuera de su área de trabajo también tiene la obligación de iniciar una RCP					
6	Considera que la persona con más conocimientos y experiencia del equipo debería ser quién LIDERASE una RCP independientemente de ser médico ó enfermera					
7	Considera que la RCP puede ser REALIZADA indistintamente por médicos enfermeras					
8	Considera que el personal sanitario debe ser exclusivamente quien debe iniciar o no una RCP					
9	Considera oportuno que no se inicien las maniobras de RCP o se suspendan si se han comenzado cuando la probabilidad de secuelas neurológicas es elevada					
10	Considera que la presencia de familiares podría influir en su decisión de iniciar las maniobras de RCP					
11	Cree que la información que tiene USTED del paciente puede hacer que se pare la RCP					
12	Considera que la rapidez con la que inicie las maniobras de RCP puede disminuir el riesgo de daños neurológicos					
13	Considera necesario que los pacientes NO reanimables estén identificados (por ej. en el hospital o incluso en la historia de Atención Primaria)					
14	Considera necesario que los pacientes con más riesgo de precisar RCP estén identificados en el hospital					

Agradecemos sus observaciones/comentarios:

.....
