

**Irene Denise Alergus Alergus**  
**Yuliya Bodiychak Voloshchuk**

# **Impacto emocional en el personal de enfermería de urgencias tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar: revisión integrativa**

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO**  
**Dirigido por Dra. M. Alba Roca Biosca**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Grado en Enfermería**  
**Sede del Baix Penedès**  
**Curso 2025/2026**

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	8
3. OBJETIVOS .....	9
3.1    GENERAL .....	9
3.2    ESPECÍFICOS.....	9
4. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	9
4.1 <i>La organización de los servicios de urgencias hospitalarias y sistema de triaje.</i>	9
4.2 <i>Parada cardiorrespiratoria; definición, evolución clínica e incidencia epidemiológica.</i> .....	11
4.3 <i>Breve evolución histórica de la reanimación cardiopulmonar:</i> .....	12
4.4 <i>Marco actual de la reanimación cardiopulmonar:</i> .....	12
4.5 <i>La reanimación cardiopulmonar en los servicios de emergencias hospitalarias:</i> .....	15
4.6 <i>La reanimación cardiopulmonar en población pediátrica:</i> .....	16
4.7 <i>El fracaso de la reanimación cardiopulmonar en números</i> .....	20
4.8 <i>Resucitación cardiopulmonar como situación límite</i> .....	20
4.9 <i>El duelo profesional en enfermería</i> .....	21
5. METODOLOGÍA.....	22
5.1 <i>Tipo de diseño</i> .....	22
5.2 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i> .....	22
5.3 <i>Estrategias de búsqueda</i> .....	23
5.4 <i>Variables y términos de búsqueda</i> .....	25
5.5 <i>Instrumentos</i> .....	25
6. RESULTADOS.....	26
<i>Factores que condicionan el duelo profesional.</i> .....	32
<i>Estrategias de afrontamiento y autocuidado</i> .....	35
<i>Estrategias de acompañamiento emocional en enfermería ante el fallecimiento del paciente en urgencias.</i> .....	36
<i>Factores determinantes del desenlace de la reanimación cardiopulmonar</i> .....	37
7.DISCUSIÓN .....	40

8.CONCLUSIONES.....	43
9.LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	43
10. BIBLIOGRAFÍA.....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos utilizadas. ....	24
Tabla 2. Resumen de los artículos seleccionados.....	27

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Cadena de supervivencia.....	13
Imagen 2. Algoritmo de soporte vital avanzado del adulto. ....	16
Imagen 3. Triángulo de evaluación pediátrica. ....	17
Imagen 5. Algoritmo de soporte vital avanzado pediátrico. ....	19
Imagen 6. Diagrama de flujo PRISMA .....	26

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABCDE.....	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure.</i>
EAP.....	Escala de Alerta Precoz.
AESP.....	Actividad Eléctrica Sin Pulso.
AHA.....	<i>American Heart Association.</i>
CUAP.....	Centros de Urgencias de Atención Primaria.
DASS-21.....	<i>Depression, Anxiety, Stress Scales.</i>
DEA.....	Desfibrilador automático.
DeCS.....	Descriptor en Ciencias de la Salud.

DOPES.....Desplazamiento, obstrucción, pulmón, equipamiento, estómago con distensión abdominal, salvas o sedación profunda.  
 ECG.....Electrocardiograma.  
 ERC.....*European Resuscitation Council*.  
 FV.....Fibrilación Ventricular.  
 IES-R.....*Impact Of Event Scale*.  
 ILCOR.....*International Liaison Commite On Resuscitaton*  
 ISDUTYP.....Inventario de Síntomas del Duelo Traumático Profesional.  
 MAT.....Modelo Andorrano de Triage.  
 MeSH.....*Medical Subject Headings*.  
 MSC.....Muerte Súbita Cardíaca.  
 OMS.....Organización Mundial de la Salud.  
 PCC.....Paciente, Concepto, Contexto.  
 PCR.....Parada Cardiorrespiratoria.  
 PHQ-9.....*Patient Health Questionnaire*.  
 PRISMA.....*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews And Meta-Analyses*.  
 PROQOL-V.....*Professional Quality Of Life Scale*.  
 RCE.....*European Resuscitation Council*.  
 RCP.....Resucitación Cardiopulmonar.  
 SEMES.....Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.  
 SUH.....Servicios de Urgencias Hospitalarias.  
 SVA.....Soporte Vital Avanzado.  
 TEP.....Triángulo de Evaluación Pediátrica.  
 TEPT.....Trastorno de Estrés Postraumático.  
 TVSP.....Taquicardia Ventricular Sin Pulso.

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestra tutora la Dra. María Alba Roca Biosca, por su acompañamiento, dedicación y apoyo constante durante el desarrollo de todo este trabajo. Su confianza en nosotras, así como su orientación y paciencia, han sido fundamentales para sacar este proyecto adelante y crecer tanto a nivel académico como personal.

Agradecemos también al profesorado del grado por todos los conocimientos transmitidos a lo largo de todos estos años y a todas aquellas personas que, de alguna forma u otra, han contribuido al desarrollo de este proyecto y a nuestra formación como futuras enfermeras.

Queremos agradecer especialmente a nuestras familias por su apoyo incondicional desde el primer momento, ya que, de no ser por sus ánimos, comprensión y confianza, nada de esto hubiese sido posible. Gracias por acompañarnos tanto en los momentos felices como en los más difíciles y por recordarnos siempre que éramos capaces de conseguirlo.

Del mismo modo, agradecemos a nuestros amigos y personas cercanas por su apoyo y cariño durante esta etapa tan intensa de nuestras vidas.

Finalmente, queremos agradecerlo a nosotras mismas. Después de tantos años compartiendo no solo la carrera, sino también vivencias, esfuerzos y sueños, este trabajo representa todo el camino recorrido juntas y el cierre de esta etapa. Gracias por el apoyo mutuo, por hacer más llevaderos los momentos difíciles y por demostrar que, con constancia, ambición y compañerismo, hemos sido capaces de alcanzar esta meta.

## RESUMEN

**Objetivos:** Analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el impacto emocional en el personal de enfermería de los servicios de urgencias tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar y el fallecimiento del paciente.

**Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica integrativa mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus, Dialnet, Cuiden y Scielo. Se emplearon descriptores controlados DeCS/MeSH como “emergency nursing”, “grief”, stress, psychological”, “cardiopulmonary resuscitation” y “death”, combinados mediante operadores booleanos (AND y OR). Se consideraron estudios cuantitativos, cualitativos, mixtos y revisiones bibliográficas, publicados entre enero 2020 y abril 2026, en español, inglés o portugués, con acceso a texto completo. El proceso de selección se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA.

**Resultados:** Se incluyeron 15 estudios realizados en distintos países. La evidencia muestra que el fracaso de la reanimación cardiopulmonar genera un elevado impacto emocional en el personal de enfermería de urgencias (estrés, ansiedad, culpa, frustración y duelo profesional) con posibles consecuencias como burnout o trastorno de estrés postraumático. El contacto repetido con la muerte de pacientes intensifica la carga emocional en el personal.

Influyen factores personales, del paciente y organizativos que condicionan la intensidad del duelo, como la experiencia, la edad del paciente y la carga de trabajo. Se identifican estrategias de afrontamiento basadas en el apoyo entre iguales, la resiliencia, aunque el apoyo emocional institucional es limitado. La formación, el trabajo en equipo y el liderazgo influyen en el proceso y vivencia de la RCP.

**Conclusiones:** El fracaso de la RCP genera un elevado impacto emocional en las enfermeras de urgencias, con consecuencias a corto y largo plazo. Este impacto depende de factores personales y asistenciales. Es necesario reforzar el apoyo institucional y la formación para mejorar el bienestar profesional y la calidad asistencial.

**Palabras clave:** Enfermería, urgencias, duelo profesional, impacto emocional, afrontamiento, fracaso de RCP, paciente fallecido y muerte.

## ABSTRACT

**Objectives:** Analyze and synthesize the available scientific evidence on the emotional impact on emergency department nursing staff after failure of cardiopulmonary resuscitation and patient death.

**Methodology:** An integrative literature review was carried out through a systematic search in the PubMed, CINAHL, Scopus, Dialnet, Cuiden and Scielo databases. DeCS/MeSH controlled descriptors such as "emergency nursing", "grief", stress, psychological", "cardiopulmonary resuscitation" and "death" were used, combined using Boolean operators (AND and OR). Quantitative, qualitative, mixed studies and bibliographic reviews, published between January 2020 and April 2026, in Spanish, English or Portuguese, with access to full text, were considered. The selection process was carried out following the recommendations of the PRISMA declaration.

**Results:** 16 studies were included conducted in different countries. Evidence shows that the failure of cardiopulmonary resuscitation generates a high emotional impact on emergency nursing staff (stress, anxiety, guilt, frustration and professional grief) with possible consequences such as burnout or post-traumatic stress disorder. Repeated contact with the death of patients intensifies the emotional burden on the staff.

Personal, patient and organizational factors influence the intensity of grief, such as experience, patient age and workload. Coping strategies based on peer support and resilience are identified, although institutional emotional support is limited. Training, teamwork, and leadership all influence the CPR process and experience.

**Conclusions:** The failure of CPR generates a high emotional impact on emergency nurses, with short- and long-term consequences. This impact depends on personal and healthcare factors. Institutional support and training need to be strengthened to improve professional well-being and quality of care.

**Keywords:** Nursing, emergencies, professional grief, emotional impact, coping, CPR failure, deceased patient and death.

# 1. INTRODUCCIÓN

Además de las Unidades de Cuidados Intensivos, servicios de diagnóstico o quirófanos, el servicio central de urgencias es una de las áreas hospitalarias con mayor carga de trabajo (1). La necesidad de tomar decisiones rápidas y precisas, especialmente en pacientes con enfermedades potencialmente mortales, con bajas posibilidades terapéuticas o con recursos limitados, ligada a la insatisfacción generada por los largos tiempos de espera, pueden generar una gran presión sobre los profesionales implicados (1).

La reanimación cardiopulmonar (RCP) constituye una intervención crítica dentro del ámbito hospitalario, cuya eficacia depende en gran medida de la detección precoz del deterioro clínico del paciente y de la actuación inmediata de los profesionales sanitarios (2). Se caracteriza por la interrupción súbita de la frecuencia cardíaca y los movimientos respiratorios, acompañada de pérdida inmediata de la conciencia, lo que puede conducir al daño cerebral irreversible y a la muerte, si no se aplican medidas de estabilización inmediata (2).

En este contexto, el equipo de enfermería desempeña un papel central como primer eslabón de la cadena de supervivencia, siendo responsable de identificar estos cambios clínicos en los pacientes, los cuales pueden detectarse mediante la monitorización de los signos vitales, expresiones faciales y el comportamiento neuro emocional del paciente (3). La coordinación eficaz del equipo capacitado para el reconocimiento y la activación rápida de la cadena de supervivencia, junto con la intervención inmediata evidencia la importancia de la actuación temprana (4).

A pesar de la formación y actuación adecuada, no todas las reanimaciones resultan exitosas y este fracaso puede generar un impacto emocional significativo en los profesionales implicados ya que en España se producen entre 24.000 y 50.000 paradas cardiorrespiratorias cada año en el entorno extrahospitalario y unas 18.000 dentro del hospital (3).

Un estudio cualitativo de la Universidad del País Vasco (5) concluyó que las enfermeras experimentan estrés intenso, impotencia, frustración y tristeza al enfrentarse a una RCP con resultado de muerte, así como dificultades para mantener la comunicación con los familiares. Este impacto puede verse influido por diversos factores como es el contexto clínico, el apoyo institucional o las características del propio paciente (5).

Por otro lado, el estudio *“Compassion fatigue and stress related to cardiopulmonary resuscitation”* del *BMC Nursing* muestra que la realización de RCP constituye una de las experiencias más estresantes de enfermería, asociándose con elevados niveles de fatiga por compasión y estrés emocional (6).

La fatiga surge de la frustración ante objetivos no cumplidos, mientras que el estrés traumático secundario se produce al no poder prevenir el daño o sufrimiento del paciente. Ambos contribuyen a la fatiga por compasión, caracterizada por agotamiento emocional, desapego hacia los pacientes y síntomas de ansiedad y depresión (6).

Esto puede llevar al duelo profesional, el cual se describe como la experiencia que vive la enfermera ante la muerte de un paciente en el contexto laboral, percibida como una pérdida a nivel profesional y también personal. Esto puede provocar consecuencias negativas que afecten al desempeño de la enfermera (7).

Por eso subrayamos la necesidad de analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el impacto emocional en el personal de enfermería de los servicios de urgencias tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar y el fallecimiento del paciente.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Para la elaboración de la pregunta de investigación se ha utilizado el acrónimo PCC (Población, Concepto, Contexto) considerado adecuado para estudios de revisión centrados en fenómenos de interés clínico y experiencias profesionales.

¿Qué evidencia científica existe sobre el impacto emocional que experimenta el personal de enfermería de los servicios de urgencias tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar y el fallecimiento del paciente?

**P (Población):** Personal de enfermería.

**C (Concepto):** Impacto emocional experimentado tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar y el fallecimiento del paciente.

**C (Contexto):** Servicio de urgencias hospitalarias.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre el impacto emocional en el personal de enfermería de los servicios de urgencias tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar y el fallecimiento del paciente.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Analizar los factores contextuales y personales invisibles que influyen en la intensidad del duelo profesional en enfermeras de urgencias tras una RCP sin éxito (experiencias previas, expectativas, creencias sobre la vida y la muerte).
- Examinar las principales maniobras de afrontamiento y autocuidado profesional empleadas por el personal de enfermería tras el fallecimiento de pacientes en la unidad de urgencias.
- Determinar las estrategias de acompañamiento emocional existentes para el personal de enfermería en contextos de fallecimiento en el área de urgencias.
- Valorar cuales son los factores determinantes del desenlace de la reanimación cardiopulmonar.

### **4. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES**

#### **4.1 La organización de los servicios de urgencias hospitalarias y sistema de triaje.**

Los servicios de urgencias hospitalarias son considerados dispositivos esenciales dentro de cualquier sistema de salud, capaces de atender procesos patológicos graves o potencialmente graves en un breve periodo de tiempo, que pueden derivar en la muerte del paciente si no interviene de forma inmediata. Ofrecen diagnóstico y tratamiento rápido para evitar el sufrimiento del paciente y la progresión de enfermedades críticas (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia médica como: “La aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” (9).

Esta definición refleja que las urgencias no siempre se presentan por una gravedad objetiva, es decir, en ocasiones los pacientes o familiares perciben necesidad inmediata, aunque el problema podría ser resuelto en otros dispositivos asistenciales (10).

Los servicios de urgencias hospitalarias realizan una actividad intensa y diversa. Se atienden desde patologías con riesgo vital y que requieren atención inmediata, como una parada cardiorrespiratoria, hasta enfermedades graves o potencialmente graves que requieren diagnóstico o tratamiento (politraumatismo, infarto agudo de miocardio), así como procesos urgentes de menor gravedad, que requieren de observación hospitalaria (11).

Alrededor del 40-50% de los pacientes atendidos podrían ser tratados en los centros de urgencias de atención primaria (CUAP), mientras que un 15% corresponde a ancianos, pacientes frágiles o con patologías crónicas que recurren a los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) por reagudización de sus enfermedades (12).

La afluencia discontinua y no programada de pacientes en urgencias obliga a priorizar la atención según la gravedad y eso exige una capacitación, formación y experiencia profesional específicas. Los profesionales de urgencias a menudo tienen que trabajar en un entorno de saturación, donde hay que tomar decisiones complejas de forma rápida (12).

Se establece entonces la necesidad de priorizar, utilizando como criterio fundamental la presunción de gravedad (12).

El triaje es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados (13).

Este triaje inicial, realizado habitualmente por enfermeras con experiencia, utiliza sistemas estandarizados como el Modelo Andorrano de Triage (MAT) modificado y adaptado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Este sistema permite distinguir cinco niveles de prioridad que establecen tiempo de visita inicial, de revalorización y un índice aproximado de ingreso (12).

Los pacientes se clasifican en cinco niveles (12):

- Nivel I: resucitación inmediata

- Nivel II: emergencias o muy urgente
- Nivel III: urgencia con potencial riesgo vital
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente compleja, sin riesgo vital
- Nivel V: no urgente.

#### 4.2 Parada cardiorrespiratoria; definición, evolución clínica e incidencia epidemiológica.

Dentro de esta clasificación, la parada cardiorrespiratoria (PCR), es decir, la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación sanguínea (14) se encuadra en el nivel I ya que requiere una atención inmediata debido a la necesidad de resucitación.

En el paro cardíaco la respiración se lentifica inicialmente, luego se hace bloqueante y acaba deteniéndose del todo al cabo de 30-60 segundos. Cuando lo que se produce en primer lugar es la ausencia de respiración, la detención de la función cardíaca se produce en unos 2 minutos (15).

La incidencia anual de ésta, en el entorno intrahospitalario en Europa es de 1,5 a 2,8 por cada 1000 ingresos. Los pacientes tienen entre 67 y 75 años y la mayoría son hombres (16).

La enfermedad coronaria es la causa subyacente de muerte súbita cardíaca (MSC) en el 80% de los casos, especialmente en edades avanzadas, mientras que las miocardiopatías isquémicas no isquémicas representan entre el 10 y el 15% restante (16).

En jóvenes, las enfermedades hereditarias, la cardiopatía congénita, la miocarditis y el abuso de sustancias son causas predominantes. La muerte súbita cardíaca en jóvenes (de 5 a 35 años) representa el 7%, con una incidencia de 1-8 fallecimientos por 100.000 habitantes al año. La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente explicada, sin embargo, entre el 25 y el 31% de los casos permanecen sin explicación tras la autopsia. Los signos premonitorios de la MSC en jóvenes solo estuvieron presentes en el 29% de los casos del estudio, siendo por tanto menos frecuentes que en pacientes mayores (16).

#### 4.3 Breve evolución histórica de la reanimación cardiopulmonar:

Los primeros intentos de reanimación se remontan a la antigüedad, con referencias centradas en la ventilación y el manejo de la vía aérea. Durante los siglos XVI al XVIII, se produjeron avances relevantes en la ventilación artificial y el uso de dispositivos mecánicos (17).

En el siglo XIX, se desarrollaron las primeras técnicas de masaje cardíaco y maniobras sistematizadas de reanimación, a principios del siglo XX, se introdujo el uso de fármacos como la adrenalina, lo que supuso un avance fundamental en el SVA. Sin embargo, el punto de inflexión tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XX, cuando Peter Safar demostró la eficacia del boca a boca e integró el modelo ABC (Vía aérea, respiración y circulación) (17).

En 1963, la AHA (American Heart Association) creó las primeras guías de RCP. En 1989, el ERC (European Resuscitation Council) establecía guías europeas de reanimación, y en 1992 surgió el ILCOR (International Liaison Committee On Resuscitation) para unificar las recomendaciones internacionales basadas en evidencia que se actualizaron periódicamente (18).

En el año 2000, se ajustaron detalles prácticos en los que solo el personal sanitario comprueba el pulso. En 2005, la RCP se simplificó: se implementó la realización de compresiones torácicas primero, se fomentó el uso precoz del DEA (Desfibrilador Externo Automático) y la pediatría adaptó la técnica según la edad (19).

Finalmente, en el 2015, se reforzó la coordinación entre el operador de emergencias, testigo y DEA, involucrando a todos los integrantes de la cadena de supervivencia, actualizando guías hasta la actualidad (18).

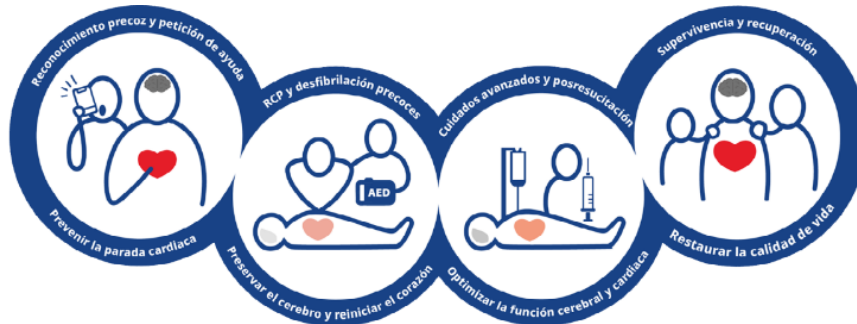
#### 4.4 Marco actual de la reanimación cardiopulmonar:

Actualmente, las guías ERC 2025 en resucitación promueven la toma de decisiones compartida y la planificación anticipada de cuidados, integrando las decisiones sobre resucitación con los planes de tratamiento en situaciones de emergencia (16).

La cadena de supervivencia intrahospitalaria se estructura en cinco pasos fundamentales: Reconocimiento precoz, petición de ayuda y prevención de la parada cardíaca; RCP, desfibrilación precoz y preservación del cerebro y reinicio del corazón; cuidados avanzados, postresucitación y optimización la función cerebral y cardíaca; supervivencia y recuperación y restauración de la calidad de vida. En la imagen 1, se

muestra la cadena de supervivencia en la que se explica la actuación precoz ante una PCR.

Imagen 1. Cadena de supervivencia.



Fuente: Guía ERC 2025 (16).

La formación debe incluir el conocimiento de la importancia de la medición puntual y seriada de los signos vitales del paciente aplicando el abordaje ABCDE (Vía aérea, respiración, circulación, deterioro cognitivo, exposición), que incluya la evaluación e intervenciones de tratamiento inicial a la vez que la llamada de auxilio y cuidados posteriores.

La monitorización de los pacientes sigue un sistema estandarizado de escala de alerta precoz (EAP) que depende de las circunstancias y debe alinearse con las guías nacionales. Un mayor nivel de formación y una adecuada dotación del personal de enfermería están asociados a menores tasas de respuesta insuficiente ante signos vitales anormales y con un mejor pronóstico para los pacientes.

Como causas reversibles encontramos la regla de las 4H: Hipoxia, hipovolemia, hiper/hipopotasemia o hipotermia/hipertermia y las 4T: Tóxicos, taponamiento (cardíaco), neumotórax a tensión y trombosis (coronaria/pulmonar) (16).

Sin embargo, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias sigue registrando entre 3 y 4 millones de paros cardíacos en el mundo por lo que sigue siendo crucial una buena formación en Soporte vital avanzado por parte del personal sanitario (19).

Conforme a la guía actual 2025 de la ERC (16) basada en la evidencia del ILCOR y en revisiones realizadas por el Grupo de Redacción de Soporte vital, en el adulto, en paciente que se comprueba el pulso, que no responde o no respira con normalidad, se inicia RCP con compresiones torácicas de alta calidad y ventilaciones con material de

oxigenoterapia y ventilación en relación 30:2 permeabilizando la vía aérea con dispositivos de manejo de ésta.

Se conecta el desfibrilador o monitor y tras evaluar si el ritmo es desfibrilable o no se realizan descargas eléctricas si es preciso.

Si los ritmos son fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), es decir, desfibrilable, se administran tres descargas consecutivas rápidamente, optando como opción los parches, ya que son preferibles a las palas por ofrecer beneficios prácticos para la monitorización rutinaria y la desfibrilación con una energía mínima de 150 julios para la primera descarga. Si tras estos intentos no se revierte el ritmo, se sigue la RCP inmediatamente durante 2 minutos, administrando adrenalina como fármaco vasopresor, después de 3-5 minutos de maniobras y, a partir de ese momento, se debe seguir la secuencia estándar de una única descarga cada 2 minutos de maniobras y la administración de adrenalina cada 3-5 minutos, considerando la amiodarona como antiarrítmico si fuese necesario tras 3 ciclos de descargas (16).

Si los ritmos son actividad eléctrica sin pulso (AESP) o asistolia, es decir, no desfibrilable, se inicia la RCP de alta calidad enseguida, se administra adrenalina tan pronto como sea posible y se repite la administración cada 2 ciclos de 30:2 de RCP, reevaluando el ritmo cada dos minutos, continuando y tratando causas reversibles que pudieran haber provocado el paro (16).

La permeabilización de la vía aérea debe realizarse por rescatadores con una alta tasa de éxito y el uso de capnografía de onda continua para excluir la colocación esofágica del tubo traqueal, una mala colocación de éste y para comprobar la eficacia de la RCP (20).

Para mantener la vía aérea permeable, se pueden utilizar distintos tipos de dispositivos. Entre ellos se encuentran las cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas; los dispositivos supraglóticos, como las máscaras laríngeas, los tubos laríngeos y los tubos esofágico-traqueales; y los dispositivos de intubación u ópticos, como los tubos endotraqueales, los videolaringoscopios, los fibroscopios rígidos o flexibles y el Airtraq (21).

En situaciones de emergencia extrema, también pueden emplearse técnicas invasivas o transcutáneas, como la cricotirotomía, la traqueotomía y la intubación retrógrada. (21).

Las ventilaciones deben ser con balón de resucitación optimizando el sello de la mascarilla, realizando la ventilación durante 1 segundo para lograr el movimiento visible del tórax (16).

La administración de fármacos debe ser preferiblemente por acceso intravenoso, sin embargo, nunca debe demorar la desfibrilación ni la intubación orotraqueal y ventilación (22) tras dos intentos fallidos de acceder, se intenta canalizar acceso intraóseo como vía alternativa.

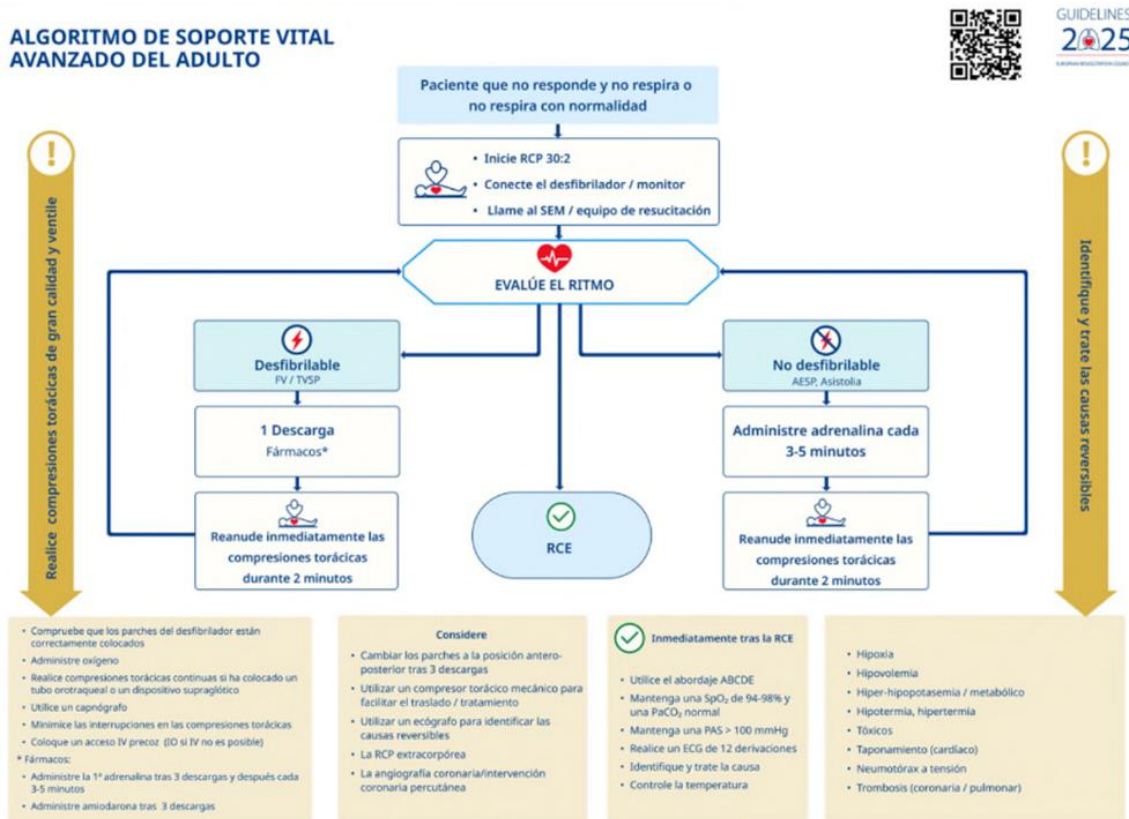
Inmediatamente tras la RCE, se aborda el algoritmo ABCDE, se deben mantener saturaciones de oxígeno de 94% a 98%, una PAS >100mmHg, se debe realizar un ECG de 12 derivaciones, identificar y tratar la causa y controlar la temperatura (16).

#### 4.5 La reanimación cardiopulmonar en los servicios de emergencias hospitalarias:

La RCP se define como el conjunto integral de actuaciones dirigidas a restablecer y mantener las funciones vitales en una PCR. Dentro de este proceso encontramos el soporte vital avanzado (SVA) que comprende procedimientos sanitarios más complejos, realizados por personal sanitario cualificado en entorno extrahospitalario o intrahospitalario, que se aplican durante o tras la RCP básica, la cual puede ser realizada por personal no sanitario o sin formación avanzada (16).

El SVA integra diversas técnicas y recursos según el estado clínico y situación del paciente. Entre sus principales componentes destacan el manejo de la vía aérea, la ventilación asistida a través de dispositivos específicos, la monitorización cardíaca y desfibrilación, compresiones torácicas de alta calidad, el acceso vascular, la administración de fármacos, y la valoración y tratamiento post reanimación (23). En la imagen 2, se muestra el algoritmo de actuación según la guía ERC 2025.

Imagen 2. Algoritmo de soporte vital avanzado del adulto según la guía ERC 2025.



Fuente: Guía ERC 2025 (16).

#### 4.6 La reanimación cardiopulmonar en población pediátrica:

Por otra parte, aunque la parada cardíaca pediátrica constituye solo una fracción de todas las paradas, puede tener consecuencias devastadoras para los pacientes, sus familias y los profesionales.

Las causas más frecuentes de parada cardíaca pediátrica intrahospitalaria son la insuficiencia respiratoria y el shock, sin embargo, tienen mejor pronóstico que las que ocurren en ambiente extrahospitalario (16).

Las guías ERC 2025 en el ámbito pediátrico incluyen a los pacientes desde su nacimiento hasta los 18 años independientemente del género organizándolos en diferentes grupos etarios (lactante para neonatos y niños menores de un año, niño para aquellos con edades comprendidas entre 1 y 12 años, y adolescente para los pacientes de entre 13 y 18 años) para la aplicación de técnicas o habilidades específicas. Aunque, a pesar de esta clasificación para el material utilizado, las dosis de los fármacos o la posición de reanimación, las guías mantienen un abordaje global de la resucitación

cardiopulmonar, contemplando todas las fases de la cadena de supervivencia: desde la prevención de la parada cardíaca y la RCP precoz con desfibrilación, hasta el soporte vital avanzado y los cuidados posteriores orientados a la supervivencia y la recuperación (Imagen 2).

Para prevenir esta situación, debe tenerse claro el triángulo de evaluación pediátrica (TEP) (16) el cual se puede observar en la imagen 3:

- Apariencia:

El niño no está completamente consciente o es difícil de despertar, está flácido o rígido, está convulsionando, está confuso, agitado o interactuando de manera anormal, llora inconsolablemente, no puede mover una o más extremidades, y/o tiene un dolor intenso o no puede hablar o caminar si antes podía hacerlo.

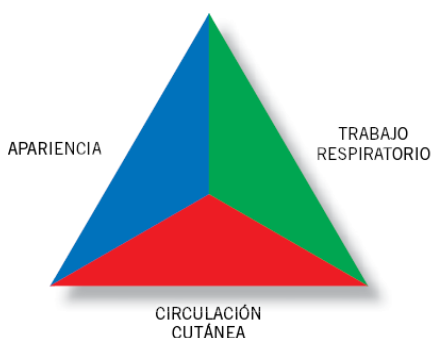
- Respiración:

El niño no puede respirar profundamente, presenta esfuerzo respiratorio aumentado, hace ruidos adicionales al respirar, respira de manera irregular, adopta una postura anómala para facilitar la respiración o deja de respirar.

- Circulación:

La piel del niño está cianótica, moteada, anormalmente pálida o grisácea. Se observan las palmas de las manos, las plantas de los pies y las membranas mucosas, especialmente en niños con tonos de piel más oscuros.

Imagen 3. Triángulo de evaluación pediátrica.



Fuente: Revista oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (24).

A su vez, debe realizarse una evaluación ABCDE, en cualquier niño que parezca estar críticamente enfermo o gravemente lesionado e iniciar las maniobras de resucitación

adecuadas tan pronto se identifique un problema. En la imagen 4 se muestra el abordaje de actuación ABCDE en el soporte vital pediátrico (16).

Imagen 4. Tabla de valoración ABCDE en el soporte vital pediátrico según la guía ERC 2025.

GUIDELINES  
**2025**  
WWW.ERCORGANISATION.COM

### ABORDAJE ABCDE EN EL SOPORTE VITAL PEDIÁTRICO

	<b>A - Vía aérea</b> 	<b>B - Respiración</b> 	<b>C - Circulación</b> 	<b>D - Neurológico (Disability)</b> 	<b>E - Exposición</b> 
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obstrucción parcial o total de la vía aérea</li> <li>Mirar-escuchar-sentir la entrada de aire y la elevación torácica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiencia respiratoria</li> <li>Frecuencia respiratoria, trabajo respiratorio, volumen corriente, oxigenación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shock y su tipo</li> <li>Frecuencia cardíaca, pulsos, perfusión periférica, presión arterial, precarga, ritmo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disfunción neurológica</li> <li>Posturas anómalas, pupilas, AVDN, GCS, lateralización, tono, convulsiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Situaciones especiales</li> <li>Exposición y examen físico</li> </ul>
Monitorización y pruebas		<ul style="list-style-type: none"> <li>SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, gasometría, POCUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ECG, PAM</li> <li>ECG 12 derivaciones, POCUS, analítica en sangre con lactato, diuresis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glucemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temperatura corporal</li> <li>AMPLE</li> </ul>
Actuaciones y consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiración, retirada de cuerpo extraño, maniobras de posicionamiento, dispositivos orofaríngeos/nasofaríngeos, dispositivos supraglóticos, intubación o vía aérea quirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxígeno + titulación de FIO<sub>2</sub></li> <li>Ventilación con balón de resucitación</li> <li>Ventilación mecánica</li> <li>ECMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vía IV/IO, cristaloides isotónicos, hemoderivados</li> <li>Vasopresores, inotrópicos</li> <li>Tratamiento de las arritmias</li> <li>Intervenciones específicas según el tipo de shock, incluida ECMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias de neuroprotección (tratar convulsiones e hipoglucemia, analgesia, sedación)</li> <li>Identificar ictus o infección del SNC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antibióticos, antivirales</li> <li>Tratamientos e intervenciones en situaciones especiales</li> <li>Prevención y tratamiento de la hipotermia y la hipertermia</li> <li>Maltrato infantil y negligencia</li> </ul>
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vía aérea que permita una oxigenación y ventilación adecuadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxigenación adecuada</li> <li>Ventilación adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfusión de órganos adecuada, PAS y PAM &gt; percentil 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neuroprotección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar enfermedad subyacente</li> </ul>
Alto riesgo de PCR inminente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obstrucción de la vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tórax inestable o silente, neumotórax a tensión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia exsanguinante, taponamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión intracraneal, hipoglucemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotermia, trauma grave, trombosis</li> </ul>

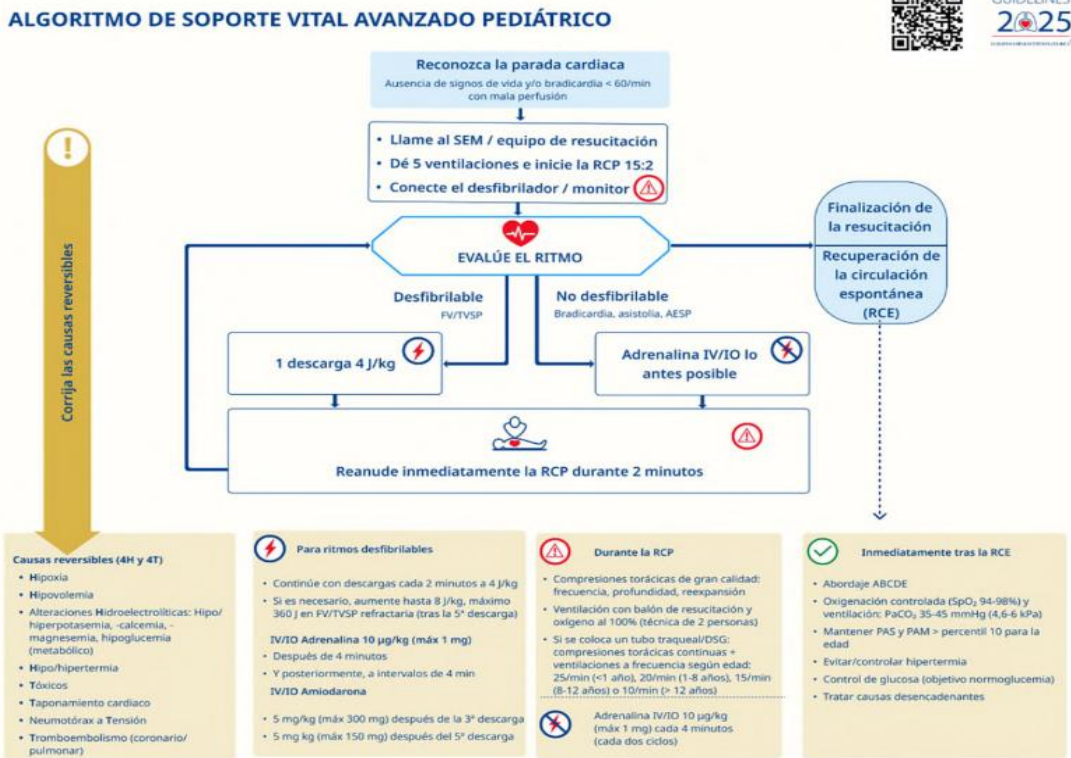
**Reconocer la emergencia, dar tratamiento de soporte a los órganos, tratar la causa subyacente, reevaluar e incluir a la familia**

Fuente: Guía ERC 2025 (16).

Según el algoritmo de soporte vital avanzado pediátrico de la GUÍA ERC 2025, el cual se muestra en la imagen 5, al reconocer una parada cardíaca pediátrica, debe evaluarse el ritmo, comprobando si es desfibrilable o no. Si es desfibrilable, se administra 1 descarga de 4J/Kg y se reanuda la RCP siguiendo el ciclo de 5 respiraciones de rescate, comprobación de signos vitales y 15 compresiones: 2 ventilaciones y se administra adrenalina 10mcg/Kg cada dos ciclos y posteriormente amiodarona a intervalos de 4 minutos.

Si no fuera desfibrilable, se debe seguir el ciclo de RCP, administrando la adrenalina lo antes posible.

Imagen 4. Algoritmo de soporte vital avanzado pediátrico según la guía ERC 2025.



Fuente: Guía ERC 2025 (16)

Se debe asegurar la permeabilidad de la vía aérea con una posición adecuada de la cabeza y alineación del cuerpo (inclinación de la cabeza y elevación del mentón o elevación de la mandíbula o posición neutra en lactantes), además, si fuera necesario, se pueden aspirar secreciones y otros materiales que puedan obstruir la vía o inducir la tos en el niño si aún está consciente. Considerar la cánula nasofaríngea u orofaríngea del tamaño apropiado en niños con el nivel de conciencia disminuido, sin embargo, es preferible la intubación orotraqueal en situaciones de emergencia preoxigenando anteriormente.

También asegurar una oxigenación y ventilación adecuadas, manteniendo saturaciones de oxígeno del 94 al 98% evitando lecturas sostenidas del 100% excepto en circunstancias especiales como son la intoxicación por monóxido de carbono, por cianuro o anemia grave. Se debe mantener una frecuencia respiratoria por minuto normal para la edad del niño (25 en lactantes, 20 en niños mayores de un año, 15 en mayores de 8 años, 10 en mayores de 12 años). Utilizar la mnemotecnica DOPES para ayudar a identificar la causa de un deterioro repentino en un niño ventilado

(Desplazamiento, obstrucción, pulmón, equipamiento, estómago con distensión abdominal, salvos o sedación profunda).

Canalizar una vía endovenosa para proporcionar volumen si fuera necesario o fármacos vasoactivos.

Seguidamente, se deben tratar las convulsiones clínicas y electro encefálicas, tratar la hipoglucemia y administrar sedoanalgesia.

Por último, se debe evitar la hipotermia o hipertermia y se debe considerar el uso de antibioterapia si la causa es bacteriana.

#### 4.7 El fracaso de la reanimación cardiopulmonar en números

La parada cardiorrespiratoria se configura como una de las situaciones de emergencia más relevantes en el ámbito hospitalario. Sin embargo, a pesar de que la RCP constituye la intervención inicial fundamental, su limitada efectividad sigue siendo motivo de preocupación. Esta realidad contribuye a que, especialmente en los servicios de urgencias, la RCP sea percibida como uno de los eventos más estresantes para el personal de enfermería (25).

En este sentido, la RCP en el ámbito de urgencias hospitalarias presenta tasas de éxito limitadas, lo que pone de manifiesto la elevada magnitud del fracaso (26). En pacientes críticos adultos, la supervivencia tras una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria se sitúa aproximadamente entre el 15% y el 34%, considerándose este indicador un reflejo de la calidad asistencial hospitalaria (27). No obstante, estas cifras evidencian que la probabilidad de supervivencia continúa siendo reducida (26). Además, la elevada frecuencia de reanimaciones no exitosas expone a las enfermeras a un importante impacto emocional y psicológico, con repercusiones en su bienestar profesional (28).

Asimismo, datos de la Asociación Americana del Corazón (AHA) indican que en 2016 se registraron alrededor de 209.000 eventos de RCP intrahospitalaria, de los cuales el 75,2% terminaron en fallecimientos (26). En esta línea, se estima que, en tres de cada cuatro intervenciones de RCP, las enfermeras presencian la muerte del paciente, lo que evidencia que el desenlace puede ser desfavorable incluso cuando las actuaciones se realizan de forma correcta (26).

#### 4.8 Resucitación cardiopulmonar como situación límite

A pesar de aplicar el protocolo, las guías y los conocimientos adquiridos, estas situaciones no son solo técnicas, la reanimación, a pesar de ser un procedimiento

realizado con frecuencia por personal de servicios de urgencia, no solo es una técnica, es un momento límite que pone a prueba tanto habilidades especialistas como habilidades emocionales donde se debe tener claridad en el momento (29).

Es un momento crucial donde muchos profesionales buscan autoexigirse por la pérdida de control durante la técnica generando una carga emocional importante en ellos durante la reanimación y tras ella (30).

Al ser una implicación activa en intentar salvar la vida del paciente, sitúa al profesional ante una situación límite entre la vida y la muerte, con una expectativa explícita de éxito y supervivencia del paciente. Además, en la RCP el desenlace suele ser inmediato y claramente identificable como éxito o fracaso (5).

Además, existen ciertos factores como el estado de la fragilidad se han asociado a un mayor riesgo de muerte, lo que refleja que la supervivencia también depende de las características clínicas individuales del paciente (31).

#### 4.9 El duelo profesional en enfermería

Esta experiencia, conocida como duelo profesional ha sido descrito como la vivencia de pérdida emocional que experimentan los profesionales de la salud tras la muerte de un paciente o compañero en el contexto laboral, la cual está influenciada por factores internos, externos y contextuales del entorno del trabajo. Este duelo implica que los enfermeros perciben tanto pérdidas personales como profesionales y puede afectar su visión de la vida, su bienestar emocional, su productividad y su capacidad profesional (32).

Los primeros modelos que abordaron el duelo profesional partían de las teorías clásicas del duelo familiar, conceptualizando la muerte de un paciente como una versión atenuada del duelo experimentado ante la pérdida de un familiar (33).

Sin embargo, esta conceptualización fue posteriormente ampliada por el modelo desarrollado por Papadatou en el 2000, quien introdujo una dimensión específicamente laboral en la comprensión de este duelo profesional. Según este enfoque, la muerte del paciente no solo implica la pérdida de una persona, sino también la pérdida de un objetivo terapéutico y de una inversión profesional significativa. De este modo, el duelo profesional integra componentes emocionales, cognitivas y ocupacionales, diferenciándose del duelo familiar (33).

Además, propone que el proceso de duelo en profesionales sanitarios se caracteriza por una oscilación dinámica entre la confrontación de la pérdida y su evitación, influido por factores individuales como el estilo de vida y estilo de trabajo (33).

Como la primera responsabilidad del profesional es atender las demandas del lugar de trabajo, el duelo profesional suele estar oculto en "sombras privadas" y no se expresa abiertamente (34).

En la actualidad, el duelo profesional ya no se entiende como una respuesta aislada o un único estado emocional, sino como un proceso estructurado en el que se identifican tres componentes centrales (34):

1. Percepción e interpretación de la pérdida, en la cual el profesional reconoce cognitivamente la muerte del paciente y le atribuye un significado. Puede percibirse como una pérdida personal, una pérdida profesional, un trauma o una combinación de dos o tres de ellos.
2. Reacciones del duelo multidimensionales, que incluyen respuestas emocionales, físicas, cognitivas, relacionales y existenciales ante la pérdida.
3. Cambios acumulativos y adaptación, en los que la repetida exposición a muertes hace que los profesionales experimenten cambios duraderos en su identidad, creencias y estrategias de afrontamiento. La experiencia del duelo se integra en la identidad profesional.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Tipo de diseño**

Para la consecución de los objetivos planteados se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica integrativa (35).

Para ello, asegurando la recolección de artículos de alta calidad y evidencia científica, se ha llevado a cabo una búsqueda y evaluación exhaustiva en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus, Dialnet, Cuiden y Scielo aplicando una selección de filtros para incluir en la investigación.

### **5.2 Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión:

- Estudios que analizan la vivencia del duelo profesional tras el fracaso de la reanimación cardiopulmonar en el área de urgencias.
- Artículos originales tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, así como artículos de revisión.
- Artículos escritos en español, inglés o portugués.
- Artículos publicados desde enero de 2020 hasta abril de 2026.
- Artículos cuyo acceso al texto completo sea gratuito.

Criterios de exclusión:

- Artículos centrados en otros profesionales sanitarios distintos a enfermería.
- Estudios realizados en el ámbito extrahospitalario o no urgente.
- Literatura gris (Artículos de opinión, editoriales, cartas al editor, comentarios o reflexiones personales).

### 5.3 Estrategias de búsqueda

El proceso de búsqueda bibliográfica se realizó mediante el uso de descriptores controlados y términos libres, elegidos en función de la terminología utilizada en la literatura para ampliar la sensibilidad de la búsqueda, combinados a través de operadores booleanos AND y OR para localizar artículos a partir del título, resumen y las palabras clave.

Para la identificación de las palabras clave se emplearon los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), seleccionando los términos que incluyeran la población de estudio, el fenómeno de interés, el contexto y la variable de comparación. Debido a la ausencia de un descriptor específico para el concepto de duelo profesional, se han utilizado descriptores relacionados.

Las palabras clave fueron las siguientes:

- Enfermería
- Urgencias
- Duelo profesional/ Impacto emocional/ Afrontamiento
- Fracaso de RCP/ Paciente fallecido/ Muerte

Descriptores controlados (MeSH/DeCS):

- Enfermeras de urgencias: Emergency nursing.
- Duelo profesional/ Impacto emocional/ Afrontamiento: Grief/ Bereavement/ Stress, Pshychological/ Burnout, Professional/ Adaptation, Psychological.

- Fracaso de rescate/ Paciente fallecido: Failure to rescue, Health Care/ Cardiopulmonary resuscitation/ Heart arrest/ Death.

Términos libres:

- Enfermeras de urgencias: Emergency/nursing/ Emergency department staff.
- Duelo profesional/ Impacto emocional/ Afrontamiento: Professional grief/ Emotional impact/ Compassion fatigue/ Moral distress/ Coping.
- Fracaso de rescate/ Paciente fallecido: CPR failure/ Failed CPR/ Unsuccessful resuscitation/ Cardiac arrest/ Patient death.

En la tabla 1 se pueden ver las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos analizadas, así como el número de los artículos hallados tras aplicar criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos utilizadas.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Nºartículos pre-criterios	Nº artículos + criterios
Pubmed	(emergency nursing) AND (emergency department) AND (death) AND (professional) AND (grief)	29	11
PubMed	(factors) AND (cardiopulmonary resuscitation) AND (nurse)	329	89
PubMed	unsuccessful resuscitation AND emergency department AND nursing	17	9
CINAHL	emergency AND nursing AND death AND professional AND grief	26	5
BVS	emergency AND nursing AND death AND professional AND grief	34	3
Scielo	(enfermería) OR (enfermeras) AND (urgencias) AND (duelo) OR (impacto emocional) OR (estrés) AND (muerte) OR (fallecimiento)	10	8
Scopus (Elsevier)	emergency nurse OR emergency department staff OR nurse AND grief OR bereavement OR professional grief OR emotional impact OR compassion fatigue OR moral distress OR coping AND Cardiopulmonary OR Heart arrest OR patient death OR death	893	430

Fuente: *Elaboración propia.*

#### 5.4 Variables y términos de búsqueda

Se ha identificado como variable principal el impacto emocional o duelo profesional experimentado por las enfermeras del servicio de urgencias hospitalarias ante la muerte de un paciente.

Como variables secundarias se han considerado:

- El contexto asistencial (el servicio de urgencias).
- El evento desencadenante (muerte del paciente).

#### 5.5 Instrumentos

Se ha empleado el diagrama de flujo PRISMA 2020, reflejado en la imagen 6 (36), con el fin de contabilizar el número de artículos identificados en cada base de datos, los artículos que se han excluido tras la lectura del título y resumen, los artículos que se han evaluado a texto completo y los que finalmente se han incluido en el estudio tanto por búsqueda a partir de términos MESH/DeCS como por la realización de búsqueda inversa, así como los motivos de exclusión que se han implementado.

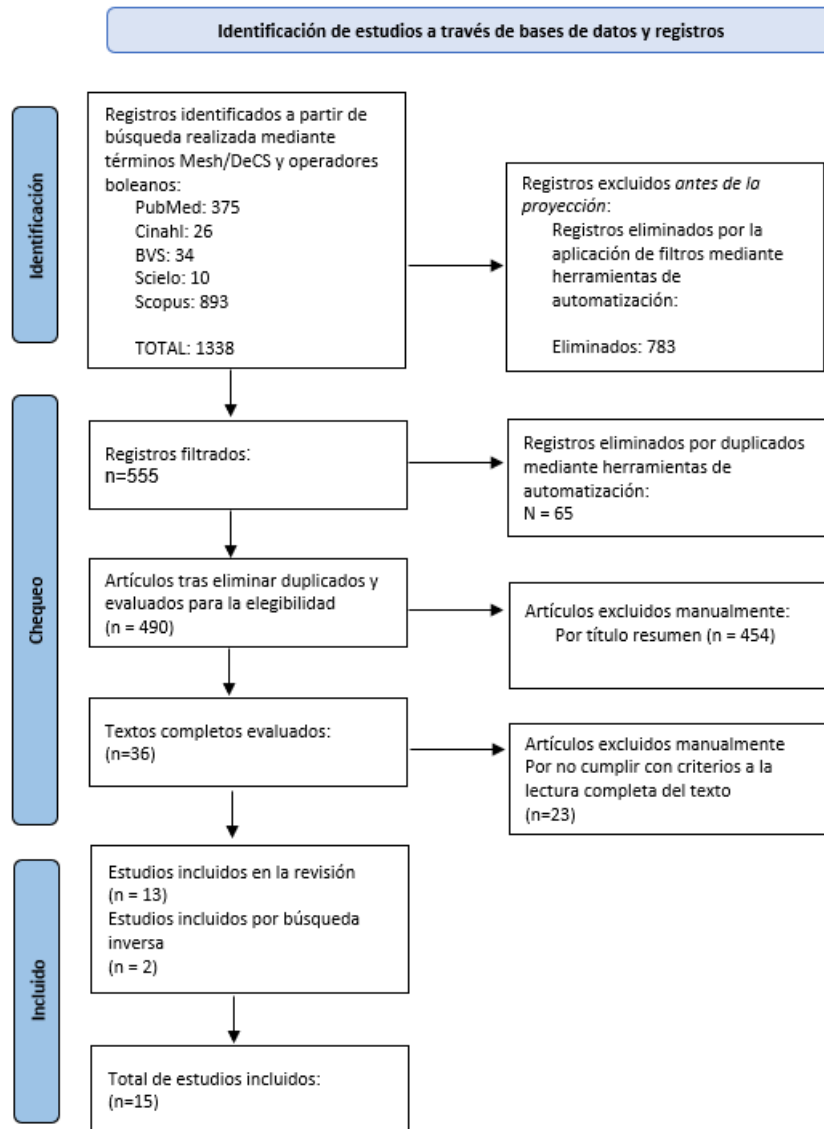
Asimismo, los resultados de los estudios incluidos se presentan de forma resumida en una tabla de extracción de datos, (Tabla 2) en la que se recogen las principales características de cada artículo, incluyendo autor/es, revista, año y país de publicación, tipo de diseño metodológico y muestra, medida de resultado, objetivo del estudio y principales conclusiones.

Por último, el estilo de citación de este trabajo es Vancouver.

## 6. RESULTADOS

El proceso de identificación, cribado y selección de estudios se presenta mediante un diagrama de flujo elaborado conforme a la guía *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020 (imagen 6).

Imagen 5. Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: PRISMA statement (36).

En la tabla 2 se muestran los 15 estudios incluidos que dieron respuesta a los objetivos planteados en esta revisión integrativa. Estos estudios se llevaron a cabo en varios países incluyendo China, Corea del Sur, Irán, Egipto, Australia, Estados Unidos, España y Escocia siendo escritos todos ellos en inglés.

Tabla 2. Resumen de los artículos seleccionados

Autor, revista, año de publicación y país.	Tipo de diseño y muestra.	Medida de resultado.	Objetivo del estudio.	Conclusiones.
Chen, C. y Chow, A. Y. M.  Palliative and Supportive Care, 2021 → China	Estudio metodológico  Encuesta transversal con 563 médicos y enfermeros.	Análisis para desarrollar y validar La Escala de Duelo Profesional.	Desarrollar y validar la Escala de Duelo Profesional (PBS) una herramienta para las experiencias de duelo en el ámbito profesional.	Se desarrollaron dos subescalas.  La PBS-SBR de 4 ítems y La PBS-AGC de 5 ítems.
Gerace, A., Giles, T., Breden, K., Hammad, K., Drummond, C., Bradley, S. L., et al.  CQUniversity (publicación académica), 2021 → Australia	Estudio cualitativo descriptivo.  211 enfermeras.	Percepciones sobre el afrontamiento de la muerte, estrategias de afrontamiento y experiencias emocionales mediante entrevistas cualitativas.	Explorar percepciones y experiencias de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes que fallecen de forma repentina e inesperada en el servicio de urgencias.	La muerte como un evento frecuente y emocionalmente exigente.  Estrategias de apoyo, reflexión, distanciamiento y autocuidado.  Necesidad de sentir que se ha proporcionado una atención adecuada mayor apoyo organizativo, espacios de reflexión y formación específica.
Shimoinaba, K., McKenna, L. y Copnell, B. International Emergency Nursing, 2021 → Australia	Estudio cualitativo descriptivo.  24 enfermeras de urgencias que habían atendido la muerte de un paciente pediátrico.	Experiencias, estrategias de afrontamiento y necesidades de apoyo mediante entrevistas semiestructuradas y análisis temático.	Informar sobre las experiencias de las enfermeras de urgencias con la muerte de niños, las estrategias de afrontamiento y las necesidades de apoyo.	La muerte pediátrica es traumática a nivel personal y profesional.  Hay necesidad de mejorar el apoyo institucional, así como de implementar programas de formación y seguimiento que faciliten la gestión emocional y el afrontamiento del duelo.
Blomquist, M. y Lasiter, S.  Journal of Clinical Nursing, 2022. → Estados Unidos.	Revisión de alcance.  9 estudios incluidos sobre enfermeras que han participado en RCP.	Identificación y clasificación de estrategias de afrontamiento utilizadas en eventos de RCP, basadas en el modelo de Lazarus y Folkman.	Identificar y sintetizar la literatura sobre las estrategias de afrontamiento de las enfermeras durante y después de las reanimaciones cardiopulmonares (RCP).	Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las centradas en la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social.  El debriefing no siempre es percibido como útil, necesidad de estrategias de apoyo adaptadas al personal de enfermería.
Yaru Hao, Wei Zhu, Hui Wu, Yue Guo, Wenjing Mu, Dan Li, Xuanlin Ren, Luo Fan International Emergency Nursing, 2023 → China	Estudio fenomenológico descriptivo  15 profesionales.	Entrevistas presenciales semi estructuradas que exploran vivencias y necesidades de desarrollo tras realizar RCP	Explorar las experiencias de los profesionales de urgencias al realizar reanimación cardiopulmonar.	Emociones mixtas. 3 grandes temas: experiencia emocional, crecimiento cognitivo y deseo de desarrollo continuo.  Se recomienda apoyo psicológico, formación y refuerzo del trabajo en equipo.

Steven Marks, Lynn Shaffer, David Zehnder, David Aeh, Dawn M. Prall,  Resuscitation Plus, 2023. → Estados Unidos.	Ensayo controlado aleatorizado.  120 enfermeras con certificación en soporte vital básico.	Calidad de las compresiones torácicas durante sesiones prácticas de RCP, medida mediante diferentes factores.	Comprender las características personales que podrían influir en la realización de compresiones torácicas de alta calidad podría ayudar a comprender la brecha entre la práctica y el desempeño.	La retroalimentación mejoró la calidad de las compresiones torácicas.  La edad y los niveles elevados de ansiedad se asociaron con un peor rendimiento en la profundidad de las compresiones.  Se concluye la necesidad de personalizar la formación en RCP en función de las características individuales.
Mozhdeh Najafi, Safoura Yadollahi, Mahboobeh Maghami, Ismail Azizi-Fini BMC, Nursing, 2024 → Irán	Estudio transversal  217 enfermeras de un hospital iraní.	Cuestionario de datos sociodemográficos y cuestionario de motivación para realizar RCP.	Examinar la motivación personal de enfermería para realizar la reanimación cardiopulmonar.	La motivación fue mayor cuando percibían posibilidades de éxito y sensación de logro.  La formación específica puede mejorar la motivación y la calidad de la RCP
Chen, C. y Chen, J.  BMC Nursing, 2024 → China	Análisis secundarios de datos transversales.  306 médicos y enfermeras.	Relación entre la percepción subjetiva de la muerte de los pacientes y la calidad de vida profesional, mediante ProQOL	Explorar cómo las experiencias subjetivas y objetivas relacionadas con la muerte influyen en la calidad de vida profesional (CVP) entre médicos y enfermeros.	El número de fallecimientos en el pasado no se relaciona significativamente con la ProQOL  Las puntuaciones más altas se asociaron con más agotamiento, estrés traumático secundario y satisfacción por compasión.
Myeong Namgung, Il Youp Kwak, Chan Woong Kim  Scientific Reports, 2025 → Corea del Sur	Estudio de métodos mixtos  286 profesionales	Questionnaire (TSQ)  Entrevistas semiestructuradas.	Investigar los factores que causan trastorno de estrés postraumático (TEPT) en proveedores de atención médica que realizan RCP.	El 11,2% presentó PTSD probable tras realizar RCP. Más prevalente en enfermeras, especialmente en aquellas con menos experiencia.  4 áreas clave: falta de preparación previa, dificultades, emociones negativas posteriores y estrategias de superación.
A.M. El-Ashry, H.M.M. Abdallah, S.M. Elsayed, M.A. Khedr, M.M. El-Sayed, M.A. Ghoneam  BMC Nursing, 2025 → Egipto	Estudio correlacional transversal descriptivo con 417 enfermeras de urgencias de 3 hospitales.	Hoja de Datos Sociodemográficos, la Escala Árabe de Ansiedad ante la Muerte y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson.	Explorar los niveles de resiliencia y ansiedad ante la muerte entre el personal de enfermería de urgencias y examinar la relación entre estos dos constructos.	Se observó relación inversa entre resiliencia y ansiedad ante la muerte: a mayor resiliencia, menor ansiedad.  Se recomiendan programas de apoyo psicológico, entrenamiento en afrontamiento y fortalecimiento de la resiliencia.

<p>Yin C., Chen, X., Kou, Y. y yuan, Z.</p> <p>Medicine (Baltimore), 2025. → China</p>	<p>Revisión de alcance.</p> <p>14 estudios incluidos que abarcan más de 4000 enfermeras clínicas.</p>	<p>Análisis de herramientas de evaluación del duelo laboral, factores asociados y estrategias de intervención.</p>	<p>Sintetizar sistemáticamente la evidencia existente sobre la definición, las herramientas de evaluación, los factores influyentes y las estrategias de afrontamiento relacionadas con el duelo ocupacional en enfermería.</p>	<p>El duelo laboral es un fenómeno frecuente influido por factores psicológicos, características profesionales y el entorno organizativo.</p> <p>Herramientas de evaluación estandarizadas e intervenciones como la formación, el apoyo organizacional y los programas estructurados entre iguales.</p> <p>Se concluye la necesidad de fortalecer las estrategias de apoyo y promover intervenciones integrales.</p>
<p>Sadeghi, A., Jahani, H., Senmar, M., Mehdipour, F., Mirzaei, A. R., Poorshivaee, A. y Hosseini, F. S.</p> <p>BMC Emergency Medicine, 2025. → Irán.</p>	<p>Estudio descriptivo-analítico.</p> <p>198 enfermeras de urgencias con experiencia en RCP.</p>	<p>Identificación de barreras para el éxito de los equipos de RCP mediante cuestionario estructurado</p>	<p>Identificar las barreras que dificultan el éxito de los equipos de reanimación cardiopulmonar en los servicios de urgencias.</p>	<p>Las principales barreras se relacionan con las características individuales y profesionales del equipo.</p> <p>La mejora de la capacitación, la experiencia profesional y la organización del equipo son elementos clave.</p>
<p>Gilart, E., Bocchino, A., Lepiani, I., Gilart, P., Núñez, M.J.C. y Dueñas, M.</p> <p>BMC Nursing, 2025 → España.</p>	<p>Estudio metodológico de validación descriptiva.</p> <p>930 profesionales de enfermería.</p>	<p>Validación del Inventario de Síntomas de Duelo Traumático Profesional (ISDUTYP).</p>	<p>Evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Duelo Traumático Profesional (ISDUTYP),</p>	<p>El ISDUTYP muestra adecuadas propiedades psicométricas.</p> <p>Se posiciona como una herramienta útil para la detección precoz de síntomas y factores de riesgo.</p>
<p>Fitzpatrick, G.</p> <p>Emergency Nurse, 2025 → Escocia</p>	<p>Revisión narrativa.</p> <p>15 estudios de enfermeras.</p>	<p>Síntesis temática de 15 estudios que identificó 3 problemas principales.</p>	<p>Comprender los efectos de la administración de RCP en la salud mental y el bienestar de las enfermeras.</p>	<p>La realización de RCP se asocia a un impacto significativo en la salud mental de las enfermeras, generando estrés laboral, agotamiento y morbilidad psiquiátrica. Importante implementar debriefing, apoyo entre iguales y programas de bienestar.</p>
<p>Fatai A, Sattayarom C, Karaket A, Siriprathum S, Talerd W.</p> <p>Australian Critical Care, 2026 → Internacional</p>	<p>Revisión integradora.</p>	<p>Respuestas emocionales y afrontamiento tras RCP fallida</p>	<p>Evaluar las respuestas emocionales y mecanismos de afrontamiento de enfermería tras RCP fallida.</p>	<p>Tristeza, culpa, frustración, estrés).</p> <p>Los mecanismos de afrontamiento incluyen apoyo entre compañeros, reflexión sesiones informativas.</p>

Fuente: Elaboración propia

### Impacto emocional en enfermería tras el fracaso de reanimación cardiopulmonar.

Los estudios analizados evidencian que la realización de RCP y su fracaso causan un importante impacto emocional en el personal de enfermería de urgencias (27,28, 37, 41, 45, 46). Alrededor de un 56% experimentan estrés moderado, y un 29.4% desarrollan trastorno de estrés agudo (28).

Según Fatai A, et al. (28) tras una RCP fallida aparece tristeza, vacío y duelo. Por su parte, Hao Y et al. (27) señalan que estas emociones se intensifican especialmente cuando el paciente es joven y la muerte es inesperada ya que se observa una sensación de incredulidad y frustración cuando la evolución clínica no anticipa un desenlace fatal, lo que genera dificultades para aceptar la muerte. Asimismo, cuando la maniobra resulta en una muerte cerebral de pacientes jóvenes o niños, los profesionales, tienen más probabilidades de sentir un sentido de vida, arrepentimiento y compasión por el paciente y la familia (27).

Esta situación genera dudas e inseguridad en los profesionales. Se manifiesta por sentimientos de culpa, frustración, sensación de fracaso al no poder conseguir el objetivo de reanimación (28), Namgung et al. (37) describen autocríticas sobre los errores posibles cometidos e incertidumbre sobre qué podrían haber hecho diferente para que la persona pudiera haber sobrevivido. Además, un estudio publicado en *BMC Nursing* en 2024 (37) concluyó que las experiencias de las enfermeras sobre el fracaso de la reanimación, han reducido su motivación por la alta tasa de fracaso, ya que llegan a considerar que es una tarea inútil provocando mayor impacto en su carrera profesional.

Por otro lado, Fatai et al. (28) también afirma que las enfermeras entran en un conflicto moral y ético por la carga emocional que conlleva la situación y sensación de inutilidad, especialmente cuando se prolonga la RCP sin sentido, cuando hay familiares cerca y hay que comunicar la muerte.

El impacto de la muerte del paciente no es únicamente profesional, sino también personal, experimentando tanto reacciones de duelo a corto plazo, como cambios globales acumulados que moldean gradualmente a los profesionales (39).

A corto plazo, el impacto psicológico suele manifestarse mediante shock, pánico y miedo ante futuras situaciones similares, tanto durante, como inmediatamente después de la RCP. Estas respuestas pueden verse incrementadas por factores estresores del entorno, como la presión del equipo líder, la presencia de familiares o las expectativas

depositadas en la maniobra (27). Asimismo, durante la primera semana tras la muerte del paciente pueden aparecer reacciones de duelo, frustración y ansiedad ante la muerte entre los profesionales sanitarios (41).

A largo plazo, se pone de manifiesto el agotamiento emocional crónico mediante la ansiedad, burnout, estrés crónico, fatiga por compasión y Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (28). Un artículo descriptivo de Hao et al. (27) publicado en China en 2023, concluyó que existe una mayor incidencia en enfermeras de 2 a 5 años de experiencia o profesionales “junior” y en personal sanitario no preparado para realizar la RCP, ya fuera por escasa formación, poca experiencia práctica o por enfrentarse a una situación inesperada, en presentar una mayor sobrecarga negativa y reacciones fisiológicas como el insomnio (27). Namgung M et al. (37) en un artículo que evaluaba el estrés postraumático, determinaron que también aumentaba el riesgo de desarrollar sintomatología traumática la presencia de dificultades durante la RCP, como falta de personal, mal estado físico del paciente o la continuidad de maniobras sin sentido terapéutico.

En el personal de enfermería de urgencias, los síntomas de duelo pueden aparecer con frecuencia tras la muerte del paciente, acompañados de reacciones emocionales como ansiedad y tristeza (41). Según Giles TM et al. (42) este fenómeno puede explicarse por la priorización de intervenciones orientadas a salvar vidas frente a la atención de fin de vida, incluso en situaciones donde el pronóstico del paciente es desfavorable, debido a que la idea del departamento es ser un entorno centrado en la supervivencia, más que en el proceso de morir. En consecuencia, los profesionales sanitarios refieren sentirse poco preparados para prestar atención de fin de vida en urgencias o para acompañar a los familiares en duelo. Esta limitación se ve acentuada por las características propias del entorno de urgencias, donde la alta carga asistencial y el ritmo acelerado, dificultan el tiempo necesario para este tipo de atención (42).

Según varios autores (25, 41, 42), entre las consecuencias sobre la salud mental se describen ira, frustración, sentimientos de insignificancia, desolación e incluso ideación autolesiva, así como depresión, ansiedad, pensamientos intrusivos, culpa, soledad e insomnio.

En el plano laboral, pueden aparecer agotamiento emocional, intención de abandono del puesto, disminución de la satisfacción profesional, reducción de la empatía, peor rendimiento asistencial y deterioro del trabajo en equipo (39).

Asimismo, en relación con la vivencia del duelo profesional, se encontraron nuevas perspectivas sobre la vida, mayor aceptación de los propios límites, más ansiedad ante la muerte, menor impacto emocional con el paso del tiempo y una mejor capacidad de afrontamiento (40).

### *Factores que condicionan el duelo profesional.*

Según Yin C et al. (25), en una revisión de alcance sobre el duelo profesional, expresan que éste difiere del duelo que experimentan familiares y a menudo se categoriza como marginado, es decir, duelo que no es reconocido abiertamente ni validado socialmente.

El ambiente acelerado y de alta presión de las unidades de emergencia puede dificultar al personal procesar sus emociones relacionadas con la muerte, especialmente las personas con niveles elevados de ansiedad por la muerte, ya que suelen encontrar difícil abordar el tema de la mortalidad con los pacientes y sus familias (39).

Los factores y variables sociodemográficas no determinan el duelo en enfermería, pero éste puede estar relacionado con la vivencia profesional y la interpretación emocional de la muerte del paciente (41).

Los factores que condicionan el duelo se pueden dividir en factores personales, factores relacionados con el paciente y factores laborales y organizativos:

El- Ashry AM et al. (39), en un estudio transversal sobre resiliencia y ansiedad ante la muerte en enfermeras de urgencias, señalaron que, entre los **factores personales**, la ansiedad ante la muerte se relaciona con mayores dificultades para procesar emociones asociadas al fallecimiento y para abordar la mortalidad con pacientes y familiares. Diversos estudios, como los de Yin C. et al. (25) y Gilart E. et al. (44), concuerdan en que la elevada intensidad emocional del trabajo asistencial, especialmente en contextos de sufrimiento y muerte repetida, se asocia con síntomas de depresión, ansiedad y miedo a la muerte, pudiendo incluso desencadenar manifestaciones de estrés postraumático.

La religión y las creencias personales también pueden modular la experiencia de duelo, al influir sobre el sentido percibido de la vida y la muerte. El estudio llevado a cabo por investigadores en China (25), señalan que, en algunos casos, aportan paz, propósito y refugio emocional, favoreciendo una vivencia menos traumática de la pérdida. Del mismo modo, algunos profesionales refieren que estas experiencias les permiten

desarrollar mayor humildad respecto a los límites de la ciencia médica y valorar más el cuidado proporcionado al paciente (41).

Según Hao Y. et al. (27), la experiencia clínica acumulada puede actuar como factor protector parcial. A medida que aumentan los años de práctica y la exposición a situaciones críticas, muchos profesionales desarrollan mayor resiliencia psicológica y capacidad para centrarse en la actuación clínica, reduciendo el impacto emocional inmediato. Sin embargo, según Yin C. et al. (25) también se ha observado que las enfermeras con más de diez años de experiencia pueden presentar mayores puntuaciones de duelo, posiblemente por el efecto acumulativo de pérdidas repetidas a lo largo de la trayectoria profesional.

Chen C. et al. (41) en un estudio publicado en 2024 que analiza la relación entre las experiencias subjetivas de muerte de pacientes y la calidad de vida profesional, indican que este factor se asocia con una menor probabilidad de insatisfacción laboral y agotamiento emocional.

Entre los **factores relacionados con el paciente**, la edad del paciente constituye uno de los factores más relevantes. La muerte de pacientes jóvenes o pediátricos genera una carga emocional especialmente intensa y se describe como una de las experiencias más difíciles y desafiantes para los profesionales sanitarios (44). Shimoinaba K. et al. (45), en un estudio descriptivo cualitativo sobre las experiencias, afrontamiento y apoyo de las enfermeras ante la muerte infantil en urgencias, señalan que la muerte pediátrica es poco frecuente, por lo que muchos profesionales disponen de escasa experiencia previa en el cuidado de niños moribundos, aumentando la percepción de complejidad y estrés.

Además, la muerte pediátrica suele considerarse más traumática que la muerte en adultos. Los profesionales refieren que las maniobras de reanimación en niños tienden a prolongarse durante más tiempo del que se consideraría aceptable en adultos, y que el impacto emocional no solo deriva del fallecimiento, sino también de las circunstancias en las que ocurre, la gestión posterior del cuerpo y el sufrimiento observado en la familia. Estas situaciones pueden generar ira, entumecimiento emocional, impotencia, culpa e incluso intención de abandono del puesto de trabajo (45).

Además, la identificación emocional con los roles sociales del paciente, como padre, madre o hijo, puede favorecer una mayor empatía e implicación afectiva, intensificando el proceso de duelo profesional (27).

**Los factores laborales y organizativos** también influyen de forma significativa en el duelo profesional. Las enfermeras que trabajan en entornos de alta intensidad asistencial presentan mayor probabilidad de experimentar niveles elevados de duelo profesional (25). Variables como los años de servicio, el tipo de unidad, la frecuencia de exposición a la muerte o los turnos rotatorios se han relacionado con diferencias en la vivencia del duelo (25).

En unidades como urgencias o cuidados intensivos, donde existe mayor gravedad clínica y exposición continuada al sufrimiento, se observan niveles superiores de duelo respecto a otros ámbitos asistenciales (25). En el caso concreto de urgencias, la prioridad organizativa suele centrarse en salvar vidas, incluso cuando el pronóstico es desfavorable, configurando un entorno más orientado a la supervivencia que al acompañamiento en el proceso de morir. Esto puede hacer que los profesionales se sientan menos preparados para los cuidados al final de la vida o para elaborar emocionalmente las pérdidas vividas (42).

La elevada carga asistencial y el ritmo acelerado dificultan además el procesamiento emocional tras el fallecimiento de los pacientes (41). No obstante, algunos factores organizativos actúan como elementos protectores. Las reuniones de equipo, entrevistas de seguimiento, apoyo entre iguales, reconocimiento institucional del duelo y disponibilidad de apoyo psicológico contribuyen a mitigar el impacto emocional derivado de la exposición continuada a la muerte y al sufrimiento (25, 27).

En un estudio realizado en China, Chen C. y Chen J. (41) encontraron que el duelo profesional no se relaciona con el número objetivo de muertes de pacientes vividas, ni con el tiempo transcurrido desde la última muerte. Sin embargo, lo que sí se ha visto relacionado con el duelo, es el impacto emocional que causó aquella muerte. Además, observaron que reflexionar de manera más profunda sobre estas experiencias se relaciona con una mayor satisfacción laboral y con el sentido de ayudar a los demás. Estos autores concluyen que las muertes de pacientes pueden generar de manera simultánea sufrimiento emocional y crecimiento personal o profesional, como ocurre en el duelo por seres queridos.

Hao Y. et al. (27), en un estudio fenomenológico descriptivo realizado en servicios de urgencias sobre la experiencia de los profesionales sanitarios durante la RCP, destacan que la experiencia acumulada en RCP favorece el desarrollo de una mayor resiliencia psicológica y logran centrarse en la RCP. Asimismo, señalan que la exposición reiterada a la RCP contribuye a una comprensión más racional y reflexiva de la práctica,

promoviendo una mayor implicación en formación continua y en la mejora de competencias. No obstante, también puede incrementar la preocupación por la propia salud y la de su entorno familiar. Las entrevistas de enfoque y las reuniones de equipo potencian las emociones positivas.

En este sentido, se identifican como factores protectores el apoyo entre iguales, el reconocimiento del duelo por parte de la organización y la disponibilidad de servicios de apoyo psicológico. Estos elementos contribuyen a mitigar el impacto emocional derivado de la exposición a la muerte y al sufrimiento en el entorno clínico (25).

### *Estrategias de afrontamiento y autocuidado*

El personal de enfermería de urgencias emplea múltiples estrategias de afrontamiento y autocuidado tras el fallecimiento de pacientes, que se desarrollan tanto en el plano individual como en el ámbito interpersonal y profesional, tal como recogen Gerace et al. y Chen et al. (41,42).

En primer lugar, Fatai A et al. (28), en una revisión integradora sobre las emociones y mecanismos de afrontamiento de las enfermeras tras una RCP fallida, proponen que, de acuerdo con el modelo de Antonovsky, se identifican tres dimensiones clave en el afrontamiento: La comprensibilidad, entendida como la capacidad de interpretar la situación como parte inherente al ejercicio profesional; la manejabilidad, que implica el uso de recursos como el apoyo entre compañeros, la realización de debriefing, la comunicación con colegas o familiares y la práctica de actividades como la meditación o los paseos; y el significado, relacionado con la capacidad de otorgar sentido a la experiencia, asumiendo que se ha proporcionado la mejor atención posible y que la vivencia contribuye al aprendizaje profesional.

No obstante, en este estudio, se señalan limitaciones relevantes, como la falta de tiempo, la ausencia de protocolos específicos y el desconocimiento o infrautilización del debriefing (28).

En relación con las estrategias de afrontamiento, se distinguen aquellas de carácter interpersonal o externo y las de carácter individual o interno.

Entre las estrategias de afrontamiento externas destaca el apoyo entre iguales y la supervisión informal por parte de profesionales con mayor experiencia, quienes ofrecen orientación tanto emocional como clínica a las enfermeras más noveles (45). Asimismo, la expresión emocional mediante la comunicación con el entorno cercano o con otros

profesionales sanitarios se identifica como un recurso relevante, al igual que la realización de espacios de reflexión tras la RCP, que contribuyen a mitigar el impacto emocional y los síntomas de carácter traumático (28,34).

En cuanto a las estrategias internas, se incluyen la gestión de las emociones, ya sea mediante su expresión o contención. Se encuentra la aceptación de la situación y la construcción de significado, lo que permite desarrollar la fortaleza interna necesaria para continuar desempeñando su labor en servicios de urgencia.

Además, el autocuidado, la reflexión personal y las creencias religiosas o espirituales se posicionan como herramientas relevantes para afrontar estas experiencias (45).

En esta línea, El- Ashry et al. (39), reportó que el humor entre compañeros e incluso con los pacientes, también se identifica como un mecanismo que contribuye a aliviar la carga emocional. Del mismo modo, la resiliencia emerge como un recurso personal fundamental en el contexto de urgencias, actuando como factor protector frente al impacto psicológico de las altas demandas asistenciales, mientras que las creencias culturales pueden favorecer la reducción de la ansiedad ante la muerte.

### *Estrategias de acompañamiento emocional en enfermería ante el fallecimiento del paciente en urgencias.*

Las estrategias de acompañamiento emocional dirigidas al personal de enfermería en contextos de fallecimiento en urgencias son diversas, aunque su implementación resulta heterogénea y en muchos casos, insuficiente.

A nivel organizativo, se identifican recursos como las sesiones de informe (debriefing) y programas de apoyo institucional, como el Programa de Asistencia al Empleado. Sin embargo, estos dispositivos suelen centrarse en aspectos clínicos más que en los emocionales y presentan una baja utilización por parte de los profesionales, lo que limita su efectividad (45). Además, la cultura organizativa tiende a normalizar la muerte como parte del trabajo en urgencias, dificultando la expresión emocional y el seguimiento posterior a los eventos adversos. En este contexto, los profesionales de enfermería indicaban que necesitaban un mejor apoyo, seguimiento y educación para gestionar eficazmente sus emociones (45).

Por otra parte, según Yin C. et al. (25), las estrategias de intervención descritas en la literatura abarcan distintos niveles:

En primer lugar, a nivel organizacional, se proponen medidas como la flexibilización de turnos, la rotación de puestos, programas institucionales o de formación previa, mejoras en salarios, mecanismos de identificación de riesgos, tiempo de recuperación y protocolos de evaluación sistemática para proteger el bienestar mental, que fueron las menos mencionadas. En segundo lugar, las estrategias de apoyo psicológico y emocional abarcan intervenciones como el mindfulness, la regulación emocional, el fomento del apoyo social entre iguales y el apoyo religioso o espiritual. Finalmente, las intervenciones educativas constituyen uno de los pilares fundamentales, incluyendo la formación en habilidades de afrontamiento, comunicación, cuidados al final de la vida y educación sobre la muerte y el duelo. Fueron las más descritas.

En esta línea, el uso de herramientas de evaluación permite identificar necesidades específicas y orientar intervenciones más ajustadas (44).

Se han identificado diversas escalas de evaluación que permiten abordar diferentes dimensiones del impacto emocional y psicológico en los profesionales.

De esta forma, algunas se centran en la sintomatología clínica, como la depresión, ansiedad y el estrés (Escala DASS-21, Escala PHQ-9), mientras que otras analizan el afrontamiento ante situaciones adversas (Cuestionario COPE-28), el estrés postraumático (Escala IES-R) o la calidad de vida profesional y la fatiga por compasión (Cuestionario PROQOL-V) (44).

Asimismo, existen instrumentos dirigidos a valorar recursos contextuales (Escala de Apoyo Social) y aspectos positivos derivados de la experiencia (Inventario de Crecimiento Postraumático) (44).

En esta línea, el inventario de Síntomas del Duelo Traumático Profesional (ISDUTYP), destaca por su enfoque específico en el duelo traumático profesional en enfermería y por haber demostrado recientemente ser un instrumento válido y fiable para evaluar el duelo traumático en profesionales de enfermería realizado por Gilart et al. (44).

### *Factores determinantes del desenlace de la reanimación cardiopulmonar*

Según Sadeghi A et al. (26), en un estudio cualitativo realizado en servicios de urgencias sobre las barreras para el éxito de los equipos de reanimación cardiopulmonar en Irán, señalan que, una de las principales barreras para el éxito de la RCP es la falta de personal. Sin embargo, desde el punto de vista enfermero, la barrera más importante

son las características individuales y profesionales de los miembros del equipo de reanimación, siendo la experiencia y el conocimiento elementos fundamentales.

Según estos mismos autores, la segunda barrera, se relaciona con las características individuales de los pacientes atendidos. No obstante, el foco de mejora debe centrarse en las competencias del equipo sanitario ya que éstas, sí son modificables. Además, conocer el ritmo del paciente y su enfermedad subyacente respectivamente, puede ser eficaz para la precisión de los esfuerzos del equipo.

El equipo y los dispositivos necesarios para la intervención y la gestión del equipo y la ausencia de liderazgo son la tercera y cuarta barrera respectivamente, ya que el trabajo en equipo y las actitudes de todos los involucrados son importantes (46). Desde 2010, el Consejo Europeo de Reanimación recomienda la capacitación en liderazgo en los cursos de capacitación avanzada en RCP (46).

Por último, la formación continua, junto con sistemas de evaluación y retroalimentación, es esencial para mejorar las competencias del equipo y reducir fallos en la reanimación (26).

La actitud se considera un componente esencial de la competencia y es el predictor más fuerte de la intención de realizar RCP (46).

Según un estudio de Najafi M. et al. (38) realizado en Irán, el personal de enfermería de urgencias presenta una elevada motivación hacia la RCP, relacionada con la sensación de logro, reconocimiento profesional y la importancia percibida de su trabajo, ya que es el primer grupo de trabajadores que atienden pacientes en parada cardiorrespiratoria. A los rescatadores les motivan ciertos factores internos, tales como ponerse en el lugar del paciente o de sus familiares, la compasión o el impacto emocional al ver sufrimiento (niños, familias, casos trágicos, etc.).

Asimismo, el estudio señala que variables como el sexo, edad y la experiencia influyen en la motivación profesional. Los hombres mostraron una actitud menos facilitadora y a medida que aumentaba la edad y la exposición a reanimaciones infructuosas, disminuía la sensación de logro y con ello, la motivación. Del mismo modo, la percepción que las enfermeras tienen del evento resulta determinante, es decir, cuando la situación se interpreta como un desafío manejable puede favorecer el rendimiento, mientras que percibirla como una amenaza incrementa la ansiedad y puede afectar de manera negativa al desempeño en contextos de alta presión asistencial.

Las sesiones informativas ayudan a que la situación pueda percibirse como un desafío en lugar de una amenaza (46).

El personal puede mostrarse reacio a que los familiares estén presentes durante aspectos de la atención, como la reanimación cardiopulmonar (RCP). La evidencia científica indica que no existen diferencias negativas, e incluso pueden observarse mejores resultados psicológicos en aquellos familiares que presencian los intentos de RCP, en comparación con quienes no están presentes o no se les ofrece esa posibilidad (41).

Realizar una retroalimentación tras el entrenamiento de la RCP presenta un mejor desempeño en la realización de ésta, especialmente en la profundidad adecuada de las compresiones, en comparación a entrenamientos repetidos sin retroalimentación posterior a ellos. Este efecto positivo se mantiene a lo largo del tiempo (30 y 60 días) (47).

Por otro lado, participar en talleres prácticos aumentó la motivación y confianza de las enfermeras en la eficacia de la RCP y su respeto por ella (38) creando una formación efectiva siendo ésta, más útil que la teoría.

Marks S. et al. (47), en un estudio aleatorizado publicado en *Resuscitation Plus*, encontró que el momento de las compresiones y la profundidad de compresión mejoraban cuando no había un familiar presente, ya que es un factor estresor que genera ansiedad y puede afectar al rendimiento físico del profesional, limitando la capacidad de mantener la profundidad de las compresiones, aunque no de forma significativa en la frecuencia de éstas. Sin embargo, incorporar componentes en la simulación que generan ansiedad puede aumentar el valor del entrenamiento por simulación.

Además, las características físicas de los profesionales sanitarios, como la edad, pueden influir en el grado en que pueden realizar RCP de alta calidad (47).

Por último, los catalizadores organizativos favorecen una respuesta rápida, coordinada y eficaz ante una parada cardiorrespiratoria. Entre ellos destacan un liderazgo eficaz, que permite organizar al equipo y asignar funciones con rapidez; la coordinación y confianza en el equipo, esenciales para una actuación sincronizada; un espacio físico adecuado, que facilite el acceso al paciente y la movilidad de los profesionales; y la motivación organizativa, que impulsa el compromiso del personal y la correcta aplicación de los protocolos.

## 7.DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión integrativa, evidencian que el fracaso de la RCP en los servicios de urgencias debe entenderse como una experiencia con importante repercusión emocional para el personal de enfermería. Fatai et al. (28) describen sentimientos de tristeza, vacío, culpa y frustración tras maniobras fallidas, mientras que Hao et al. (27) identifican impotencia, inseguridad y malestar emocional ante este hecho.

En esta misma línea, como bien destacan Namgung M, Kwak IY, Kim CW (37) los profesionales, especialmente las enfermeras, desarrollan pensamientos recurrentes interpretando la muerte como un error más que como una posibilidad clínica, aumentando su culpa y autocrítica. Este patrón cognitivo podría contribuir a una disminución de la autoconfianza profesional y a una percepción negativa de la propia competencia asistencial y personal.

En relación con el tipo de paciente, Hao et al. (27) y Shimoinaba et al. (45) coinciden en señalar que la muerte de pacientes jóvenes o pediátricos genera mayor impacto emocional. Este resultado parece lógico, ya que social y culturalmente la muerte en edades tempranas suele percibirse como más injusta o antinatural. Además, en estos casos no solo se afronta la pérdida del paciente, sino también el sufrimiento visible de la familia, elemento que probablemente intensifica la respuesta emocional de enfermería.

Otro aspecto relevante es que el impacto emocional no parece limitarse al momento inmediato. Namgung et al. (37) encontraron síntomas postraumáticos en profesionales tras participar en RCP. En esta línea, Fatai et al. (28) señalan que, cuando las maniobras se perciben como fútiles, puede aparecer un conflicto moral y ético. Asimismo, Hao et al. (27) describen que la repetición de RCP fallidas puede generar desmotivación y percepción de baja eficacia en algunos profesionales y Fitzpatrick (46) añade que esta exposición continuada puede derivar en agotamiento emocional y fatiga por compasión lo que conlleva a un impacto y una carga emocional capaz de prolongarse en el tiempo generando respuestas más complejas (34) especialmente en profesionales con menor experiencia como destacan Yin et al. (25). Según estas afirmaciones, se refleja el impacto emocional derivado de la RCP, generando un problema acumulativo que afecta tanto al bienestar psicológico como a la competencia profesional poniendo en manifiesto la necesidad de reforzar el apoyo emocional, especialmente tras eventos traumáticos y significativos emocionalmente y en personal con menor experiencia en el ámbito.

Respecto al duelo profesional, Chen y Chow (40) señalan que la muerte del paciente puede generar una respuesta de pérdida específica en los sanitarios. Posteriormente, Chen y Chen (41) concluyen que influye más la vivencia subjetiva de la muerte que el número total de fallecimientos presenciados. No todos los profesionales desarrollan tolerancia emocional con el tiempo; en algunos casos, la exposición repetida puede aumentar el desgaste si no existen recursos adecuados de afrontamiento.

El contexto de urgencias añade complejidad al impacto emocional. Giles TM et al. (42) señalan que estos servicios están centrados en la salvación de vidas, lo que limita “el tiempo para sentir”. Esto puede favorecer a un duelo poco expresado, debido a la falta de tiempo para procesar la muerte antes de continuar con la actividad asistencial.

Los resultados indican que el afrontamiento de la muerte en urgencias está influido por factores personales, asistenciales y organizativos. La ansiedad ante la muerte y las creencias personales condicionan la gestión emocional de las pérdidas. Aunque la experiencia puede favorecer la resiliencia, también puede generar un desgaste emocional por la exposición continuada al sufrimiento (25, 42). Además, la muerte de pacientes pediátricos o jóvenes produce un mayor impacto emocional, posiblemente por percibirse como una muerte prematura (27, 45). Por otro lado, la presión asistencial y la falta de tiempo y recursos para el apoyo emocional en los servicios de urgencias dificultan la elaboración del duelo y pueden aumentar el riesgo de burnout en los profesionales.

Las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería ante el fracaso de la RCP se dividen en mecanismos internos y externos. Entre las externas destacan el apoyo entre compañeros, la comunicación emocional y los espacios de reflexión tras la RCP, que permiten la descarga emocional inmediata y el afrontamiento compartido de la experiencia (39,43). Estos resultados son coherentes con la evidencia previa, que sitúa el apoyo entre iguales como uno de los principales factores protectores frente al impacto emocional en urgencias (34, 39).

A nivel interno, se identifican la aceptación, la regulación emocional, la resiliencia y la atribución de significado a la experiencia como parte del aprendizaje profesional (28,41). Sin embargo, Fatai et al. (28) señalan la infrautilización del debriefing por falta de tiempo y formación, lo que limita su aplicación en la práctica clínica. Esto sugiere que, aunque el debriefing puede ser una herramienta útil para favorecer el afrontamiento emocional y el aprendizaje profesional, las condiciones asistenciales y la falta de preparación específica, dificultan su integración en los servicios sanitarios.

Desde el punto de vista organizativo, aunque existen programas de apoyo al empleado, son heterogéneos y, en muchos casos insuficientes o con un impacto limitado y al centrarse frecuentemente en aspectos clínicos más que emocionales. Yin et al. (25) y Shimoinaba et al. (45) coinciden en que la cultura de normalización de la muerte y la falta de tiempo, especialmente en urgencias, dificultan la expresión emocional y el procesamiento del duelo. Esto pone de manifiesto la necesidad de reforzar el abordaje emocional dentro de la práctica clínica habitual.

Asimismo, intervenciones como el mindfulness, el apoyo psicológico o espiritual contribuyen a reducir el estrés, la ansiedad y la fatiga por compasión (25). El uso de escalas como PROQOL-V, IES-R o DASS-21 permite además detectar precozmente el impacto emocional y orientar intervenciones (44). No obstante, la falta de programas estructurados y las barreras organizativas siguen limitando su aplicación efectiva en el entorno real (45). En conjunto, la evidencia señala la demanda de integrar de forma más sistemática tanto las estrategias de apoyo, como las herramientas de evaluación, para proteger el bienestar del personal sanitario y atender de manera continuada y efectiva a los profesionales sanitarios y su estado emocional.

En relación con el éxito de la RCP, Sadeghi et al. (26) identifican como principales limitaciones la falta de personal, la formación insuficiente y los problemas de coordinación. En esta línea, Marks et al. (47) evidencian que la simulación con retroalimentación mejora la calidad de las compresiones, mientras que la formación continua contribuye a un rendimiento más estable del equipo. Fitzpatrick (46) señala además que la actitud, la motivación y las condiciones físicas del profesional influyen en la calidad de la RCP, especialmente en la percepción del evento como desafío o amenaza. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la eficacia de la RCP no depende únicamente de las habilidades técnicas, siendo cruciales los factores organizativos y emocionales que pueden condicionar al equipo y su respuesta ante situaciones críticas.

Por último, aunque factores como la presencia de familiares pueden aumentar el estrés, no parecen afectar de forma relevante a la eficacia de las compresiones, lo que apoya la utilidad de entrenamientos con escenarios realistas (47). Esto sugiere que la exposición controlada a factores estresores puede mejorar la preparación del profesional sin comprometer la calidad de la reanimación.

## **8.CONCLUSIONES**

El fracaso de la RCP en urgencias genera un impacto emocional significativo en el personal de enfermería, manifestado tanto a nivel inmediato (estrés, frustración, culpa), como a largo plazo (burnout, fatiga por compasión o estrés postraumático), influyendo de forma directa en su bienestar profesional.

La intensidad del impacto emocional está condicionada por factores personales y contextuales como la experiencia previa, las creencias sobre la muerte, la edad del paciente (especialmente en casos pediátricos) y la presión asistencial del entorno de urgencias.

Las enfermeras emplean principalmente estrategias de afrontamiento individuales, desarrollando en algunos casos resiliencia y adaptación, aunque estas medidas resultan insuficientes sin apoyo externo estructurado.

Existen recursos de apoyo, pero su implementación es limitada, lo que provoca que muchos profesionales afronten estas situaciones sin apoyo institucional adecuado, evidenciando la necesidad de programas estructurados (debriefing, apoyo psicológico...)

A pesar de los avances, la tasa de éxito de la RCP sigue siendo limitada. Los factores como la formación continua, el trabajo en equipo, el liderazgo y la rapidez en la intervención son clave en los resultados.

En conjunto, estos hallazgos evidencian la necesidad de integrar el cuidado emocional del profesional como parte esencial de la práctica asistencial en urgencias, integrando formación en muerte, habilidades comunicativas, estrategias de afrontamiento, espacios de reflexión (debriefing) y programas de apoyo psicológico.

## **9.LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Una de las grandes limitaciones encontradas en este trabajo ha sido la escasez significativa de estudios que aborden las experiencias emocionales de las enfermeras ante situaciones de fracaso en la RCP. La literatura tiende a centrarse en aspectos técnicos de la reanimación, lo que dificulta la comprensión integral del fenómeno y pone de manifiesto la necesidad de futuras investigaciones que exploren esas vivencias, con el fin de mejorar el apoyo emocional.

Asimismo, se observa una escasez de estudios específicos sobre RCP fallida en población joven, lo que ha dificultado el análisis detallado de este grupo etario y la comparación con otros rangos de edad. En esta línea, también se ha evidenciado una limitada disponibilidad de investigaciones que comparen de forma directa distintas edades, lo que restringe la posibilidad de establecer conclusiones más generalizables o identificar diferencias significativas entre grupos.

Por otro lado, cabe destacar la escasa representación de estudios realizados en el contexto español, ya que únicamente uno de los artículos incluidos procede de dicho ámbito. Esta circunstancia puede afectar a la aplicabilidad y generalización de los resultados al contexto sanitario español, debido a las posibles diferencias existentes en los sistemas de salud, recursos disponibles y características de la población entre los distintos países analizados.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Skowron N, Wilke P, Bernhard M, Hegerl U, Gries A. Workload in emergency departments: a problem for personnel and patients? *Anaesthetist* [Internet]. 2019;68(11):762-769. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00101-019-00686-5> [citado 2025 nov 15].
2. Souza BT, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA, Góis AFT, Campanharo CRV. Identification of warning signs for prevention of in-hospital cardiorespiratory arrest. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27:e3072. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2853.3072> [citado 2025 nov 15].
3. García Sanz T, Ibero Esparza C, Mir Montero M, Pacheco Puig R, Bibiano Guillén C. Manual de urgencias [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018. Disponible en: [https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/805/Manual%20de%20urgencias\\_vf.pdf](https://medicina.ucm.es/data/cont/media/www/805/Manual%20de%20urgencias_vf.pdf) [citado 2025 nov 15].
4. Pulze G, da Silva Alves W, de Paiva BC, de Lucena Ferretti-Rebustini RE. Incidência e fatores associados à parada cardiorrespiratória nas primeiras 24 horas de internação em unidades de terapia intensiva. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* [Internet]. 2019;29(2):192-196. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20192902192-6> [citado 2025 nov 15].
5. 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* [Internet]. 2017;28(2):57-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003> [citado 2025 nov 15].
6. El-Ashry AM, Elsayed SM, Ghoneam MA, Atta MHR. Compassion fatigue and stress related to cardiopulmonary resuscitation: a study of critical care nurses' experiences. *BMC Nurs* [Internet]. 2023;22(1):482. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01640-y> [citado 2025 nov 15].
7. Marrero González CM, García Hernández AM. Vivencias de las enfermeras ante la muerte: una revisión. *Ene* [Internet]. 2019;13(2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001) [citado 2025 nov 15].

8. Reyes M, Otí O, Gándara Revuelta M, Menezo R, Cobo Sánchez JL, Alonso RP, et al. La tradición benéfico-asistencial de la villa de Laredo en el antiguo régimen: siglos XVI, XVII y XVIII [Internet]. Cantabria: Enfermería Cantabria; 2012. Disponible en: [https://enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/nc-n5.pdf](https://enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/nc-n5.pdf) [citado 2026 feb 2].
9. Lara MB, Mendoza TMM, Menéndez AMC, Yépez LÁJ. Criterios éticos para la atención médica en sala de urgencias del Hospital Rodríguez Zambrano. Dominio Cienc [Internet]. 2019;5(4):42-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7152613> [citado 2026 feb 2].
10. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients attending emergency departments. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2017;114(39):645-652. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0645> [citado 2026 feb 2].
11. Vashi AA, Urech T, Carr B, Greene L, Warsavage T Jr, Hsia R, et al. Identification of emergency care-sensitive conditions and characteristics of emergency department utilization. JAMA Netw Open [Internet]. 2019;2(8):e198642. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8642> [citado 2026 feb 2].
12. Comitè de Bioètica de Catalunya. Los servicios de urgencias hospitalarios: una reflexión desde la ética [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/ sistema de salut/cbc/recursos/documentos tematica/consideraciones eticas urgencias hospitalarias.pdf> [citado 2026 feb 2].
13. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias [Internet]. 2013;25(1). Disponible en: <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-25/numero-1/el-triaje-en-urgencias-en-los-hospitales-espanoles> [citado 2026 feb 2].
14. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Reanimación cardiopulmonar [Internet]. 2026. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/salud-cardiovascular/prevencion/reanimacion-cardiopulmonar/como-actuar-ante-una-parada-cardiaca> [citado 2026 feb 2].
15. Coma-Canella I, García-Castrillo Riesgo L, Ruano Marco M, Loma-Osorio Montes A, Malpartida de Torres F, Rodríguez García JE. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. Rev Esp Cardiol

- [Internet]. 1999;52(8):589-603. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0300-8932\(99\)74975-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0300-8932(99)74975-4) [citado 2026 feb 2].
16. Asociación Española para la Promoción de la RCP (AESP-RCP). Guías 2025 [Internet]. 2026. Disponible en: <https://aesp-rcp.es/index.php/guias2025/> [citado 2026 feb 2].
  17. Chicote Álvarez E, Lizama-Gómez N-G. A history of cardiopulmonary resuscitation from the Book of Kings to Peter Safar. Emergencias [Internet]. 2022;34(6):478-480. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55633/s3me/e016.2022> [citado 2026 feb 2].
  18. Carmona JV. Historia de la reanimación cardiopulmonar III. Blog Enfermería CEU [Internet]. Disponible en: <https://blog.uchceu.es/enfermeria/historia-la-reanimacion-cardiopulmonar-iii-rcp-evolucion-las-recomendaciones-basadas-la-evidencia-cientifica/> [citado 2026 feb 2].
  19. SEMES. Solo el 30% de la población española sabría practicar una RCP en caso de necesidad [Internet]. 2025 oct 13. Disponible en: <https://www.semes.org/solo-el-30-de-la-poblacion-espanola-sabria-practicar-una-rcp-en-caso-de-necesidad-las-enfermeras-de-urgencias-y-emergencias-trabajan-para-cambiar-esta-cifra/> [citado 2026 feb 2].
  20. Ministerio de Defensa. Manual de soporte vital avanzado [Internet]. 2014 [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://publicaciones.defensa.gob.es/fileuploader/download/download/?d=0&file=custom%2Fupload%2FPDF566.pdf>
  21. ARY DOL. Dispositivos vía aérea difícil [Internet]. 2015 oct 26 [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://arydol.com/temas/secciones/via-aerea/via-aerea-dificil/dispositivos-de-la-via-aerea-dificil/>
  22. Revista Española de Cardiología. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología [Internet]. [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guias-de-actuacion-clinica-de-la-sociedad-articulo-X0300893299001528-pdf>
  23. Universidad Europea. El soporte vital avanzado [Internet]. 2025 sep 22 [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://universidadeuropea.com/blog/soporte-vital-avanzado/>
  24. Pediatría Integral. Revista oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [Internet]. 2022 [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/>

25. Yin C, Chen X, Kou Y, Yuan Z. La situación actual y factores del duelo laboral en enfermeros clínicos. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2025 [citado 2026 feb 2];104(51):e46468. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000046468>
26. Sadeghi A, Jahani H, Senmar M, Mehdipour F, Mirzaei AR, Poorshivae A, et al. Barreras para el éxito de los equipos de reanimación cardiopulmonar en urgencias. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2025 [citado 2026 feb 2];25(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01245-5>
27. Hao Y, Zhu W, Wu H, Guo Y, Mu W, Li D, et al. Experience of CPR by healthcare professionals. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2023 [citado 2026 feb 2];70:101336. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101336>
28. Fatai A, Sattayarom C, Karaket A, Siriprathum S, Talerd W. Nurses' emotions after unsuccessful CPR. *Aust Crit Care* [Internet]. 2026 [citado 2026 feb 2];39(2):101550. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2026.101550>
29. Pérez P. Día Mundial de la RCP 2025. FUDEN [Internet]. 2025 oct 16 [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://www.fuden.es/centro-simulacion-clinica/post/dia-mundial-de-la-rcp-2025-mas-alla-de-la-tecnica-el-cuidado-emocional/>
30. García Castañeda M. Sensaciones del personal sanitario en una RCP en un Servicio de Urgencias [Trabajo de fin de grado]. Univ Valladolid [Internet]. 2020 [citado 2026 feb 2]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41908/TFG-H1903.pdfm>
31. Elmer J, Mikati N, Arnold RM, Wallace DJ, Callaway CW. Death in emergency departments. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 [citado 2026 feb 2];5(11):e2240399. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40399>
32. He X, Wang Y, Yang C, Cao H, Wang Q, Yang H. Professional bereavement in nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2024 [citado 2026 feb 2];81(4):1794-1805. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.16545>
33. Chen C, Chow AY, Tang S. Bereavement process of caregivers. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018 [citado 2026 feb 2];88:104-113. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.010>
34. Phillips CS, Trainum K, Hebdon MCT. Professional grief in healthcare. *Health Serv Insights* [Internet]. 2025 [citado 2026 feb 2];18:11786329251344772. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/11786329251344772>
35. Whittemore R, Knafk K. Integrative review methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [citado 2025 dic 4];52(5):546-553. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

36. PRISMA. PRISMA 2020 flow diagram [Internet]. 2024-2026 [citado 2025 dic 4]. Disponible en: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
37. Namgung M, Kwak IY, Kim CW. Post-traumatic stress in healthcare providers after CPR. Sci Rep [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 8];15(1):3362. Disponible en: <https://doi.org/10.103>
38. Najafi M, Yadollahi S, Maghami M, Azizi-Fini I. Nurses' motivation in CPR. BMC Nurs [Internet]. 2024 [citado 2026 abr 8];23(1):181. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01853-9>
39. El-Ashry AM, Abdallah HMM, Elsayed SM, Khedr MA, El-Sayed MM, Ghoneam MA. Resilience and death anxiety in nurses. BMC Nurs [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 8];24(1):422. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02980-7>
40. Chen C, Chow AYM. Professional Bereavement Scale. Palliat Support Care [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 8];20(1):4-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1478951521000250>
41. Chen C, Chen J. Professional quality of life and patient death experiences. BMC Nurs [Internet]. 2024 [citado 2026 abr 8];23(1):41. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01724-3>
42. Giles TM, Hammad K, Breaden K, Drummond C, Bradley SL, Gerace A, Muir-Cochrane E. Nurses' experiences of patient death in ED. Int Emerg Nurs [Internet]. 2019 [citado 2026 may 14];47:100789. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100789>
43. Blomquist M, Lasiter S. Coping strategies during CPR. J Clin Nurs [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 8];31(17-18):2437-2449. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.16128>
44. Gilart E, Bocchino A, Lepiani I, Gilart P, Núñez MJC, Dueñas M. Professional grief scale validation. BMC Nurs [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 8];24(1):303. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02907-2>
45. Shimoinaba K, McKenna L, Copnell B. Experiences of nurses in child death in ED. Int Emerg Nurs [Internet]. 2021 [citado 2026 abr 8];59:101102. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101102>
46. Fitzpatrick G. Effects of CPR on nurses' mental health. Emerg Nurse [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 8];33(5):22-27. Disponible en: <https://doi.org/10.7748/en.2025.e2231>

47. Marks S, Shaffer L, Zehnder D, Aeh D, Prall DM. CPR compression quality factors. Resusc Plus [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 8];14:100380. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100380>