

ORIGINAL

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



I. Fernández-Aedo (RN, PhD)^a, I. Pérez-Urdiales (RN, MSc)^a,
S. Unanue-Arza (RN, MPH)^a, Z. García-Azpiazu (RN, MPH)^a
y S. Ballesteros-Peña (RN, MPH, PhD)^{a,b,*}

^a Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, Bizkaia, España

^b Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

Recibido el 13 de junio de 2016; aceptado el 10 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 13 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Paro cardíaco
extrahospitalario;
Resucitación
cardiopulmonar;
Análisis cualitativo;
Emociones;
Actitud frente a la
muerte

Resumen

Objetivo: Explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de las enfermeras y técnicos de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de resucitación con resultado de muerte.

Método: Estudio de análisis de contenido cualitativo. Participaron 7 técnicos en emergencias y 6 enfermeras seleccionados mediante muestreo no probabilístico entre los trabajadores del ámbito de las emergencias sanitarias del País Vasco. Se realizaron reuniones hasta saturación de la información, lográndose tras realizar 6 entrevistas individuales y un grupo focal. Se procedió a la transcripción de las reuniones y se realizó un análisis de contenido de las entrevistas de forma manual e inductiva.

Principales resultados: Tras una reanimación fallida afloran diversas reacciones a corto y a largo plazo. Pueden ser negativas, como la tristeza o la incertidumbre, o positivas, como la sensación de certeza con respecto a haber hecho todo lo posible por salvar la vida del paciente. El estrés emocional aumenta a la hora de interactuar con la familia del fallecido o cuando el paciente es un niño, pero los profesionales no contemplan técnicas de afrontamiento más allá de compartir sus emociones con los compañeros de trabajo.

Conclusiones: La muerte tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer una experiencia traumática para los reanimadores. Convivir en contacto con el sufrimiento ajeno es un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sendoa.ballesteros@ehu.eus (S. Ballesteros-Peña).

elemento generador de estrés emocional con implicaciones directas sobre la vida profesional y personal de los trabajadores de emergencias. A pesar de ello, las estrategias de afrontamiento estructuradas no son habituales en este colectivo profesional.

© 2016 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Out-of-hospital cardiac arrest;
Cardiopulmonary resuscitation;
Qualitative analysis;
Emotions;
Attitude to death

A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death

Abstract

Objective: To explore the experiences, emotions and coping skills among emergency medical technicians and emergency nurses after performing out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation manoeuvres resulting in death.

Method: An exploratory qualitative research was performed. Seven emergency medical technicians and six emergency nurses were selected by non-probability sampling among emergency medical system workers. The meetings took place up to information saturation, achieved after six individual interviews and a focal group. The meetings were then transcribed and a manual and inductive analysis of the contents performed.

Main results: After a failed resuscitation several short and long-term reactions appear. They can be negatives, such as sadness or uncertainty, or positives, such as the feeling of having done everything possible to save the patient's life. Emotional stress increases when ambulance staff have to talk with the deceased's family or when the patient is a child. The workers don't know of a coping strategy other than talking about their emotions with their colleagues.

Conclusions: Death after a failed resuscitation can be viewed as a traumatic experience for rescuers. Being in contact with the suffering of others is an emotional, stress-generating factor with direct repercussions on the working and personal lives of emergency staff. Nevertheless, structured coping techniques are not common among those professionals.

© 2016 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Qué se conoce...

Más del 80% de las personas que sufren una parada cardiorrespiratoria fuera del entorno hospitalario fallecen en el lugar, a pesar de los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar realizados por los servicios de emergencias. El contacto continuo con la muerte y su proceso supone una experiencia impactante para los profesionales sanitarios derivada del trabajo en el sistema de emergencias sanitarias.

Qué aporta...

El impacto emocional que aparece en el personal sanitario tras una reanimación fallida es un fenómeno variable y dependiente de múltiples factores. Los profesionales sanitarios no disponen de estrategias normalizadas de afrontamiento tras vivenciar una situación traumática o estresante.

Implicaciones del estudio

Resulta importante no subestimar los efectos emocionales de los propios profesionales derivados del trabajo en los servicios de emergencias sanitarias. Los actos de comunicar malas noticias o prestar apoyo psicológico a las familias de los fallecidos constituyen aspectos a mejorar.

Introducción

Cada año en el País Vasco los recursos de emergencias atienden a aproximadamente 850 personas en parada cardiorrespiratoria (PCR) fuera del ámbito hospitalario, falleciendo en el mismo lugar de asistencia más del 80%, a pesar de los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar (RCP) realizados por los profesionales sanitarios¹.

Las unidades de soporte vital básico (USVB) o de soporte vital avanzado de enfermería (USVAe) participan en más del 80% de las activaciones por PCR extrahospitalarias que se

Tabla 1 Perfil de los participantes en las entrevistas

Participante	Categoría profesional	Sexo	Edad (años)	Antigüedad profesional (como voluntario)	Número aproximado de RCP practicadas	Técnica de entrevista
1	TES	H	36	12 (8)	> 50	Individual
2	TES	H	37	15 (6)	> 50	Individual
3	TES	M	34	13 (2)	> 50	Individual
4	Enfermero	H	28	3 (10)	25-50	Individual
5	Enfermera	M	44	18 (3)	> 50	Individual
6	Enfermera	M	42	10 (10)	25-50	Individual
7	TES	H	25	7 (2)	25-50	Grupal
8	TES	H	35	2 (5)	25-50	Grupal
9	TES	H	32	5 (10)	> 50	Grupal
10	TES	M	42	7 (1)	15-25	Grupal
11	Enfermero	H	25	1 (6)	5-10	Grupal
12	Enfermera	M	28	4 (5)	15-25	Grupal
13	Enfermera	M	37	12 (8)	> 50	Grupal

H: hombre; M: mujer; RCP: reanimaciones cardiopulmonares; TES: técnico en emergencias sanitarias.

registran en nuestra comunidad. Generalmente lo hacen como primer recurso asistencial en la escena¹ y asumen el liderazgo de la actuación hasta la llegada del personal médico o hasta el cese de las maniobras de resucitación por indicación del centro coordinador de urgencias. En el contexto de la atención urgente en el medio extrahospitalario suele disponerse de poco tiempo y escasa información para tomar decisiones al respecto de iniciar o finalizar las maniobras de soporte vital, convirtiéndose en un desafío para el personal sanitario en cuya resolución van a verse implicadas, además de la pericia profesional, los valores y experiencias previas de los reanimadores. Pero, además, la atención sanitaria no finaliza con la conclusión de la RCP, sino que se debería extender a dar información y apoyo a la familia, una tarea de suma importancia que puede resultar difícil, máxime cuando es probable que también en el equipo se vivencie tristeza o cuando las reacciones de la familia frente a la pérdida súbita de un ser querido se manifiestan en forma de negación, ira, llanto incoercible o bloqueo.

Si bien los profesionales de emergencias conviven más frecuentemente con la muerte y su proceso, no siempre constituye para ellos un evento fácil de sobrellevar, pudiéndose considerar como una de las experiencias más impactantes derivadas de su trabajo^{2,3}. Trabajar en contacto con el sufrimiento ajeno y la muerte es un elemento importante generador de estrés que podría conllevar implicaciones directas sobre la vida profesional y personal, por lo que el objetivo de este estudio se focaliza en explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de las enfermeras y técnicos de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de RCP con resultado de muerte.

Método

Diseño

Se desarrolló un estudio exploratorio mediante análisis de contenido cualitativo. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad del País Vasco.

Ámbito y sujetos

Se realizó un muestreo intencional entre técnicos en emergencias sanitarias (TES) y enfermeras que desarrollaban su trabajo en las USVB y USVAe de la red de transporte sanitario urgente del País Vasco. El tamaño de la muestra se determinó de forma progresiva durante el transcurso de la investigación, hasta alcanzar el punto de saturación. Como requisito previo de inclusión se estableció que debían haber practicado al menos 5 RCP con resultado de muerte durante su vida profesional. No se incluyó al personal voluntario del sector. Uno de los investigadores sirvió de enlace en cada uno de los grupos de profesionales y, debido al discreto tamaño de la población y a la dificultad de acceso a la misma, se complementó mediante la técnica de «bola de nieve» para completar el muestreo. Se contactó personalmente con los candidatos y, tras comprobar que se cumplían los criterios de selección y aceptar participar voluntariamente, fueron citados para ser entrevistados.

Para dotar al discurso de heterogeneidad se tuvo en cuenta que hubiese profesionales de diferentes edades, sexos y años de experiencia y que trabajasen para diferentes instituciones. Finalmente la muestra quedó compuesta por 7 TES y 6 enfermeras (tabla 1).

Recogida de datos

En la investigación se utilizaron dos técnicas de recogida de información: la entrevista individual semiestructurada y el grupo focal. Los contenidos y ejes de indagación de la entrevista fueron elaborados en base a la literatura revisada y a la opinión de expertos (tabla 2). La asignación de los participantes a una u otra técnica de investigación se correspondió con su disponibilidad y preferencias. Los participantes dieron su consentimiento de forma escrita para participar en el estudio y para ser grabados en audio y/o video.

La recogida y el procesamiento de los datos se realizaron de forma simultánea con el fin de orientar el muestreo. La saturación de información se logró tras realizar 6 entrevistas

Tabla 2 Ejes de indagación de las entrevistas

<i>Influencia de la familia en la iniciación, desarrollo y finalización de la maniobra de reanimación cardiopulmonar</i>
<i>Emociones/sensaciones del profesional ante la reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte</i>
Sensaciones inmediatas
Sensaciones al reunirse con el equipo sanitario
Impacto en la vida personal
<i>Notificación del fallecimiento y apoyo a la familia</i>
Experiencias y actitudes
Habilidades adquiridas y técnicas utilizadas
<i>Mecanismos y estrategias de afrontamiento personal ante estas situaciones</i>
<i>Cuando el paciente ha sido un niño. . .</i>

individuales y un grupo focal. En las entrevistas individuales, que tuvieron una duración que osciló entre 11 y 36 min, participaron 3 TES y 3 enfermeras y fueron dirigidas por dos de los investigadores. El grupo focal estuvo conformado por 4 TES y 3 enfermeras y fue utilizado para triangular la información obtenida en las entrevistas individuales. La duración de la sesión fue de 76 min y participaron dos investigadores, donde uno actuaba como moderador y otro a modo de observador. Ninguno de los investigadores implicados en la recogida de datos mantenía relaciones laborales con los participantes ni el campo de la asistencia clínica.

Análisis de datos

Después de completar la transcripción literal de las narraciones y de ordenar las observaciones, se realizó un análisis de contenido de las entrevistas de forma manual e inductiva, que consiste en ir examinando y codificando los datos y categorizando las respuestas en diferentes unidades temáticas para extraer conclusiones. Las entrevistas se codificaron línea a línea y las categorías y subcategorías surgieron de la agrupación de códigos de contenido similar, teniendo también en cuenta las ideas divergentes, siendo una expresión del contenido manifiesto del texto. Los temas se crearon relacionando significados, contextos y vínculos entre categorías, reflejando igualmente el contenido latente de los datos. Para asegurar la calidad de la interpretación y garantizar la fiabilidad de la información, se realizó una triangulación entre los investigadores. Los desacuerdos se resolvieron por consenso.

Resultados

Del análisis de los contenidos extraídos de las entrevistas personales y del grupo de discusión surgieron 3 temas, que representan el grueso de las experiencias y emociones de los profesionales sanitarios tras la realización de maniobras de RCP con resultado de muerte. A continuación se describen los resultados más destacables organizados en función de cada tema.

Impacto personal fluctuante tras las maniobras fallidas de reanimación

Las emociones y sensaciones que afloran en el personal sanitario tras la realización de una RCP se presentan como el resultado de una combinación de tristeza por no haber podido salvar la vida del paciente, y de bienestar al tener la certeza de que se ha realizado todo el esfuerzo posible. De este modo, los participantes explicitan que durante el desarrollo de la reanimación pueden surgir emociones negativas en los integrantes del equipo sanitario, tales como sensación de incertidumbre, duda o estrés, aunque reiteran que no suele influir en su desempeño o en el criterio a la hora de iniciar o concluir las maniobras. Sin embargo, argumentan que el hecho de ser conscientes de que las maniobras han sido realizadas con total rigor técnico constituye el factor que más resarce al equipo sanitario cuando las técnicas de reanimación no dan el resultado deseado.

Igualmente, existe homogeneidad en concretar que la sensación de incertidumbre o duda podría aliviarse, en cierta medida, con el apoyo de otros profesionales sanitarios y, a tal efecto, la presencia del personal médico propicia un sentimiento general de respaldo profesional.

Las respuestas emocionales inmediatas en forma de tristeza o trauma emocional y la afectación personal que puede surgir tras un intento fallido de reanimación entre el personal de emergencias consultado vienen principalmente determinadas por la vinculación personal con el paciente (personas conocidas o pacientes habituales) o el grado de empatía con la situación (eventos que rememoran experiencias personales) y no expresamente por la muerte en sí misma. Del mismo modo, los profesionales señalan que las vivencias acontecidas en su trabajo se relacionan con cambios en la percepción de aspectos de su vida extraprofesional, como valorar con mayor intensidad los pequeños sucesos del día a día que antes eran pasados por alto o que carecían de interés.

Con el fin de afrontar las emociones negativas derivadas de los fallecimientos u otras situaciones traumáticas que se presencian, los entrevistados identifican diferentes estrategias no sistematizadas que surgen de manera espontánea, generalmente en solitario, como ir a pasear o meditar. La mayoría refiere apoyarse en los compañeros de trabajo para compartir impresiones y mitigar las sensaciones negativas, bien dentro de las horas laborales o durante momentos de ocio. Sin embargo, esta actitud parece quedar circunscrita a las relaciones entre compañeros en las que existe un estrecho vínculo de confianza.

En las narraciones se detalla que algunas empresas del sector del transporte sanitario ofrecen un servicio de atención psicológica para los empleados, y aunque es un recurso valorado positivamente por parte de los participantes, ninguno de ellos manifiesta que haya necesitado acudir para recibir ayuda especializada para tratar efectos emocionales adversos surgidos por el desempeño de su actividad. No se describen técnicas estructuradas ni habituales orientadas a la reducción de impacto psicológico (*debriefing* o *defusing*).

El entorno familiar es considerado un lugar aséptico de descanso y de desconexión para estos profesionales. Por lo general, no representa un ambiente apropiado para compartir lo acontecido en el trabajo, y consideran que la familia no

debe ser partícipe de sus emociones, inquietudes o dilemas, ya que creen que podrían no ser entendidos o resultar desagradables. No obstante, cuando en el seno familiar coexiste algún otro profesional del área sanitaria sí parece factible hablar con ellos de lo sucedido sin apenas restricciones.

Dificultad para mantener la comunicación con los familiares en los casos de maniobras fallidas de reanimación

La presencia de los familiares durante las maniobras de RCP constituye un asunto del que surgen ciertas discrepancias entre los entrevistados. Unos alegan que su presencia resulta positiva para la familia a la hora de comenzar a afrontar el duelo y que es el modo que los profesionales tienen de demostrar que se han realizado todos los esfuerzos posibles para salvar la vida de su allegado. En cambio, otro grupo considera que resulta inoportuno, al influir negativamente en el desarrollo de las maniobras, incrementando el estrés o dificultando el rendimiento de los reanimadores.

Aunque no se trata de un hecho habitual, cuando, ante la ausencia de un médico, deben notificar el fallecimiento del paciente a los familiares, los participantes en las entrevistas coinciden al reconocer este momento como uno de los más incómodos y críticos de su trabajo.

Un aspecto que se reitera en el colectivo entrevistado es la percepción de que necesitan una mayor formación para adquirir habilidades para comunicar malas noticias. Pocos creen sentirse preparados para ello y en ocasiones recurren al empleo de recursos desarrollados con la experiencia, pues adecuar la comunicación de la pérdida de un familiar a cada situación les resulta difícil, aun cuando los propios allegados han presenciado los intentos infructuosos de reanimación. Las características que determinan las formas del acto de la notificación varían en base a distintos factores, entre los que destaca principalmente la reacción inicial de los familiares. Asimismo, consideran que su proceder puede tener un gran impacto sobre la capacidad de tranquilizar o ayudar a canalizar el dolor de los familiares mediante el desarrollo de la parte más humana y el buen uso del lenguaje. Todo el personal entrevistado admite que la sensación generalizada es que en la práctica la notificación no se realiza de forma adecuada, y que a menudo rehúyen de hacerlo, demorando la noticia hasta que un médico llega al lugar y asume esa responsabilidad.

Mayor impacto personal cuando el fallecido es un niño o persona joven

Los participantes identifican que la asistencia de la PCR cuando el paciente es un niño o una persona joven presenta algunas peculiaridades y diferencias, tanto en la forma inmediata de actuar como en la repercusión posterior sobre su estado anímico cuando los esfuerzos por reanimar resultan inútiles. En general, admiten una mayor capacidad de empatía, y las emociones y sensaciones siguientes al cese de la reanimación son relatadas como más intensas que las vividas cuando el paciente es adulto. En este sentido, les resulta más difícil asumir el fracaso y entraña un sentimiento exagerado de responsabilidad que motiva que con mayor

frecuencia se inicien maniobras de reanimación o se retrase su final aun cuando existe certeza de su futilidad.

El trato con los familiares de un paciente pediátrico es definido como muy difícil y extremadamente delicado, por lo que se tiende a evitar la notificación del fallecimiento, una tarea que consideran que debe ser realizada por el personal médico en todo caso.

Discusión

Nuestros resultados apuntan a que el contacto profesional con la muerte implica reacciones emocionales de diversa magnitud en función de las circunstancias que acompañan los hechos. Así, la edad del paciente, la relación con la familia del fallecido o con los compañeros de trabajo o las experiencias previas de los profesionales sanitarios, entre otros, representan factores que van a condicionar las características de las emociones posteriores a la finalización sin éxito de una reanimación cardiopulmonar.

En congruencia con otras investigaciones previas en el área de las emergencias prehospitalarias⁴, en este estudio también se refieren sentimientos de impotencia, tristeza o estrés derivados de las vivencias acontecidas en su trabajo. Cuando un profesional sanitario se expone a situaciones de tensión, conflictivas o traumáticas puede aflorar una reacción de distrés o trauma emocional, siendo la intervención temprana (con técnicas como el *debriefing* o *defusing*, entre otras) una medida que parece resultar eficaz para mitigar sus efectos⁵ o para construir resiliencia personal⁶. Sin embargo, los entrevistados no refieren conocer ni haber intervenido en este tipo de sesiones, siendo los compañeros de trabajo el principal pilar de apoyo emocional cuando surgen sentimientos negativos tras vivir una muerte. Se trata de un dato que contrasta con los referidos por los paramédicos del servicio de emergencias de Nueva York donde, aunque coinciden al señalar que hablar con los compañeros supone la principal estrategia de afrontamiento utilizada, el 75% de la plantilla ha utilizado los servicios de salud mental dispuestos por las empresas⁷. Es más, ni siquiera el entorno familiar parece constituir un lugar idóneo para compartir los sucesos difíciles que acontecen durante la práctica asistencial, y es que, por sus características, la propia profesión es considerada por algunos autores como limitante a la hora de construir un adecuado clima familiar⁸.

Pero posiblemente la relación con la familia del fallecido constituya uno de los aspectos que más dudas e incertidumbres provoque entre los entrevistados. De hecho, investigaciones locales previas han descrito una notable prevalencia de conflictos entre el personal de emergencias y los pacientes o sus familiares, derivando en un aumento de sentimientos de desgaste profesional^{9,10}.

La presencia de la familia durante las maniobras de resucitación suscita, al igual que en otros estudios^{11,12}, opiniones enfrentadas, aunque existan evidencias de que este hecho se asocia a efectos psicológicos beneficiosos en los familiares y que no interfiere en el rendimiento ni en el estrés del personal asistencial¹³. En consonancia con otros autores^{14,15}, en este estudio también se pone de manifiesto que los profesionales de emergencias son conscientes de que su trabajo se extiende al cuidado de la familia tras haber finalizado infructuosamente las maniobras de reanimación, aunque se

sienten incómodos y poco respaldados a la hora de ofrecer explicaciones, especialmente cuando el fallecido es un niño. En ocasiones esto se traduce en maniobras de evitación, y también se observa unanimidad al reclamar una mayor formación sobre técnicas de comunicación de malas noticias y de atención a las necesidades de los familiares^{12,16}.

Las limitaciones propias de la metodología cualitativa utilizada en el estudio, junto con el discreto tamaño muestral empleado y el contexto regional en el que se ha desarrollado, hacen que la extrapolación de los resultados obtenidos al conjunto de los profesionales clínicos deba realizarse con cautela, aunque parecen aportar información válida para el conocimiento de aspectos claves en el manejo emocional de la RCP con resultado de muerte.

Por otro lado, a pesar de los esfuerzos realizados por los entrevistadores para mantener la asepsia y fluidificar la expresión de las emociones, algunos de los integrantes del grupo focal se conocían entre sí, debido a las moderadas dimensiones del servicio de emergencias autonómico y al alto índice de rotación del personal entre empresas y bases, lo que tal vez haya podido coartar la puesta en común de algunas opiniones entre los participantes.

Finalmente, resulta llamativo que, a pesar de la juventud de los profesionales encuestados, la gran mayoría presentaba una dilatada experiencia en la atención a las PCR extrahospitalarias. Esta condición responde a la alta carga asistencial a la que están sometidos los equipos de emergencias en nuestra región, pero no nos ha permitido explorar en profundidad qué ocurre en los profesionales más noveles. Esta limitación podría ser objeto de nuevas investigaciones, ya que se ha constatado que la antigüedad profesional en el ámbito sanitario se asocia a mayores sentimientos de cansancio emocional y despersonalización¹⁷.

Conclusiones

A partir los comentarios emitidos por los profesionales de emergencias, parece razonable concluir que trabajar en el ámbito de las emergencias sanitarias constituye una actividad con notable impacto emocional y afectación sobre la vida personal. En determinadas situaciones la muerte tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer una experiencia traumática para los reanimadores. Así, por lo general, las reacciones emocionales negativas no están asociadas al proceso de muerte en sí mismo sino más bien a la capacidad de empatía del profesional o a las circunstancias que rodean la muerte, como el trato con los familiares del paciente o que el fallecido sea joven o alguien conocido. A ese respecto, los compañeros, y no así la familia del trabajador, suponen el principal recurso para recibir consuelo, no existiendo estrategias estructuradas de afrontamiento psicológico en este colectivo profesional.

El acto por parte del equipo asistencial de comunicar malas noticias y apoyar psicológicamente a las familias de los fallecidos es definido como uno de los momentos más críticos e incómodos y considerado notablemente mejorable, por lo que existe una percepción generalizada de necesidad de formación en esta habilidad. La presencia de un médico en el equipo otorga sentimientos de descarga de responsabilidades y aporte de seguridad a la hora de finalizar la reanimación y ofrecer información a la familia del paciente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este trabajo ha recibido financiación de la Comisión de Investigación de la Organización Sanitaria Integrada de Bilbao-Basurto (Osakidetza).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ballesteros-Peña S, Abecia-Inchaurregui LC, Echevarría-Orella E. Factors associated with mortality in out-of-hospital cardiac arrests attended in basic life support units in the Basque Country (Spain). *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:269–74.
2. Halpern J, Gurevich M, Schwartz B, Brazeau P. What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress*. 2009;23:173–89.
3. Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:1411–22.
4. Jiménez-Herrera MF, Axelsson C. Some ethical conflicts in emergency care. *Nurs Ethics*. 2015;22:548–60.
5. World Health Organization. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva: WHO; 2013.
6. Clompus SR, Albarran JW. Exploring the nature of resilience in paramedic practice: A psycho-social study. *Int Emerg Nurs*. 2016;8:1–7.
7. Essex B, Scott LB. Chronic stress and associated coping strategies among volunteer EMS personnel. *Prehosp Emerg Care*. 2008;12:69–75.
8. Roth SG, Moore CD. Work-family fit: The impact of emergency medical services work on the family system. *Prehosp Emerg Care*. 2009;13:462–8.
9. Ballesteros-Peña S, Lorrio-Palomino S, Rollán-Vallejos J. Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. *Emergencias*. 2012;24:13–8.
10. Ballesteros-Peña S. Factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco: Un estudio cualitativo. *Med Segur Trab*. 2012;58:294–302.
11. De la Flor Magdalena B, Castelo Tarrío I, Andetxaga Vivanco I, Peláez Corres N, Gil Martín FJ, Aguirre Goitia A. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias*. 2006;18:135–40.

12. Zavotsky KE, McCoy J, Bell G, Haussman K, Joiner J, Marcoux KK, et al. Resuscitation team perceptions of family presence during CPR. *Adv Emerg Nurs J.* 2014;36:325–34.
13. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2013;368:1008–18.
14. Bremer A, Dahlberg K, Sandman L. Balancing between closeness and distance: Emergency medical services personnel's experiences of caring for families at out-of-hospital cardiac arrest and sudden death. *Prehosp Disaster Med.* 2012;27:42–52.
15. Larsson R, Engström A. Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *Int J Nurs Pract.* 2013;19:197–205.
16. Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Locsin RC, Tanioka T, Yasuhara Y. Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *Int Nurs Rev.* 2016;63:132–8.
17. Ríos Rísquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcaraz F, López Romera A, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva.* 2008;19:2–13.