

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

CONVOCATORIA JUNIO 2018

INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

AUTORA: Irene Pepper Cruz

DIRECTORA: Francisca Rosa Jiménez López

ÍNDICE

Resumen.....	pág 3
Introducción.....	pág 4-10
Objetivos.....	pág 11
Metodología.....	pág 11-12
Resultados y Discusión.....	pág 12-26
Conclusiones.....	pág 26-27
Bibliografía.....	pág 27-30

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se ha detectado un claro aumento de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y con ellos una mayor demanda de cuidados paliativos. La falta de recursos extrahospitalarios, junto con la sensación de miedo, incapacidad de los familiares a hacerle frente a la situación y la atención continuada de 24h durante los 365 días del año de los Servicio de Urgencias Hospitalarios, han llevado a estas personas a acudir a urgencias demandando cuidados poco característicos en este servicio.

Objetivos: Analizar la importancia de la integración de CP en el SUH, describir las principales debilidades y principales fortalezas de su integración e identificar la existencia y uso de protocolos.

Metodología: Revisión bibliográfica narrativa, a partir de las principales bases de datos y otras fuentes. Se han encontrado 38 artículos publicados en los últimos 15 años a texto completo y redactados en español e inglés.

Resultados: Es evidente la importancia de integrar CP en el SUH debido al aumento de su demanda por parte de pacientes paliativos; sobre todo en situación terminal. La estructura arquitectónica, los recursos humanos y la dinámica de trabajo del SUH no favorece el ambiente y estilo que requieren los CP, sin embargo, con su integración se beneficiarían tanto los pacientes como los familiares. Actualmente podemos encontrar guías de triaje para clasificar a los pacientes paliativos a su llegada a urgencias. EEUU ha elaborado a través de la IPAL-EM un protocolo para integrar dichos cuidados en el departamento de Urgencias.

Conclusiones: A pesar del claro aumento en la demanda de CP en el SUH y la introducción de guías y protocolos de actuación en los EEUU, España sigue sin definir un protocolo claro de integración de CP en el SUH. Lo que conlleva a una falta de calidad en la atención a estos pacientes y la necesidad de crear nuevas líneas de investigación al respecto.

Palabras clave: *Cuidados Paliativos, Paciente Paliativo, Servicio de Urgencias Hospitalario, Protocolos de integración, IPAL-EM.*

INTRODUCCIÓN

Según Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2017, se ha certificado la presencia de más muertes que nacimientos en el país por segundo año consecutivo. Concretamente en 2016 nacieron 408.348 niños y murieron 409.099 personas. Las cifras del INE constatan también un incremento de la esperanza de vida al nacer en España.

La esperanza de vida media (en el nacimiento) en Europa es de 79 años, siendo España, Italia y Francia los países con mayor longevidad, un promedio de 80 años. Sin embargo, teniendo en cuenta la progresión de la población de edad avanzada, es importante considerar el indicador ``años de vida saludables`` que se refiere a los años vividos con buena salud (sin ninguna discapacidad). La media de años de vida saludables en los estados miembros europeos en 2012 era de 62,3 años las mujeres y 61,3 en hombres. En España, a pesar de ser el líder en esperanza de vida, el número de años de vida no saludables es bastante alto; 19,8 en las mujeres y 14,8 en los hombres (INE, 2017).

En 2014, la Estadística de Defunciones según causa de muerte registra en total 395.830 fallecimientos, 1,4% más que el año anterior. Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como la primera causa de muerte (con una tasa de 252,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores (237,4/100.000) y de las enfermedades del sistema respiratorio (94,4/100.000) (INE, 2017).

Las entidades oncológicas más frecuentes son: cáncer de pulmón, colón-recto, páncreas (10,5%), vejiga (9%), gástrico (7,5%), hepatocarcinoma (7,5%) y cáncer de cabeza y cuello de útero (7,5%). Por otra parte, las entidades no oncológicas más frecuentes son: la insuficiencia respiratoria (47,8%), demencia (13%) e insuficiencia cardíaca (6,5%) (Palomo et al., 2011).

El envejecimiento progresivo de la población, el aumento exponencial de las patologías crónicas, la mejora en los tratamientos y con ello el aumento en la supervivencia, junto con la prevalencia cada vez mayor del cáncer, hace esperar que en los próximos años aumente el número de personas con cáncer avanzado y con enfermedades crónicas y degenerativas (Núñez, 2017).

Es bueno diferenciar la medicina paliativa, que se inicia antes de que el paciente llegue a su situación terminal, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, a través del control del dolor y síntomas estresantes, sin intentar acortar o alargar la vida, de los cuidados paliativos terminales que se refieren a la atención en la fase terminal e irreversible de una enfermedad y que incluyen tratamientos médicos, farmacológicos, apoyo psicológico, cuidados de enfermería, ayudas sociales y terapia ocupacional; formando un sistema de soporte para el paciente y sus familiares. Antes de admitir al enfermo en el programa de cuidados paliativos se debe tener la seguridad de que se trata de un paciente en fase final de una enfermedad terminal, y no de un paciente crítico o de un paciente cónico recuperable (Camargo, 2014).

Históricamente los cuidados paliativos (CP) se desarrollaron para pacientes con cáncer en etapa terminal; sin embargo, el espectro de enfermedades se ha ampliado a todas aquellas personas que presentan una enfermedad crónica terminal con un pronóstico de vida limitado que pueden requerir de algún tipo de intervención paliativa durante dicho proceso (Sánchez & Chaves, 2017).

La Consejería de Salud y Bienestar Social (2013) refiere que McNamara clasifica los pacientes hospitalizados con necesidad de cuidados paliativos como aquellos que presentan: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, EPOC, ELA, enfermedades de la motoneurona, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, Alzheimer y SIDA en una situación terminal, de sedación paliativa y enfermedad avanzada.

La National Hospice and Palliative Care Organization (NHO) elaboró una serie de criterios pronósticos para facilitar el acceso de pacientes no oncológicos a cuidados paliativos. Los criterios básicos son:

- *Insuficiencia Cardíaca; Grado IV de NYHA, a pesar de tratamiento óptimo, FE menor del 20% y frecuentes descompensaciones.*
- *Insuficiencia Respiratoria; disnea de reposo sin respuesta a broncodilatadores, FEV1 menor al 30%, hipoxemia, hipercapnia, taquicardia en reposo y agudizaciones frecuentes.*
- *Insuficiencia Hepática: Estadio C de Child y frecuentes descompensaciones.*

- *Insuficiencia Renal: Aclaramiento de creatinina < 10 y creatinina sérica > 8mg/dl, sin indicación de diálisis y diuresis < 400ml/d*
- *Deterioro Cognitivo o ACV: en estadio GDS-FAST7 (o incluso 6), Barthel 0 o disfagia.*

Según la Consejería de Salud y Bienestar Social (2013), la sintomatología de estos pacientes es comparable a la que sufren los pacientes con cáncer al final de la vida, sin embargo, los pacientes oncológicos suelen recibir mejores cuidados. La razón principal para justificar estos peores resultados es la dificultad para realizar un pronóstico vital en este tipo de pacientes. Los puntos clave en la atención de enfermería a pacientes con insuficiencias en fase avanzadas son:

- Mejorar la comunicación profesional sanitario-paciente: Tratar de descubrir los valores y preferencias del paciente para su seguimiento y tratamiento.
- Mejorar la evaluación y tratamiento sintomatológico: Con el fin de asegurar su tratamiento adecuado, constantes de confort y limitación del esfuerzo terapéutico.
- Valoración integral del paciente y familia
- Incluir de forma sistemática a la familia y en especial al cuidador principal en el plan asistencial.
- Establecer una adecuada coordinación para asegurar la continuidad de cuidados a través entre otros de la enfermera de enlace.

Tanto los CP como el tratamiento paliativo brindan bienestar, pero los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento. El tratamiento paliativo comienza después de que se suspende el tratamiento de la enfermedad y cuando es claro que el paciente no va a sobrevivir a ella. Éste se suele ofrecer normalmente sólo cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos (Martín, 2016).

La espiritualidad forma parte de la dimensión humana de las personas, es precisamente lo que nos lleva a ser humanos. Pero se trata de un fenómeno poco estudiado en el ámbito enfermero, quizás porque estamos inmersos en un mundo científico que niega todo aquello que no se percibe por los sentidos y por la ausencia de

una clara definición del concepto. Las necesidades espirituales se encuentran igualmente relegadas y no hay un modelo claro de actuación enfermera. Sin embargo, la enfermería es precisamente la profesión que debe garantizar un cuidado de excelencia a los pacientes frente al ‘dolor total’ definido por Cicely Saunders, fundadora del movimiento moderno de hospicios, como aquel compuesto por elementos somáticos, emocionales, sociales y espirituales. Siendo aún más relevante en el ámbito de los CP, cuando nuestros pacientes afrontan sus últimos días (Basol, 2015; Pérez-García, 2016).

Los cuidados paliativos aseguran una mayor calidad de vida a los pacientes. Los cuales pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad, es decir, desde que se diagnostica la enfermedad, durante todo el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida (Martín, 2016).

Pacientes o enfermos terminales es un término médico que indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada, y se espera como resultado la muerte del paciente dentro de un período corto de tiempo. Este término es más comúnmente utilizado para enfermedades degenerativas tales como el cáncer, o enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas. Hoy en día se trata de no utilizar la palabra “terminal” para clasificar la situación de un paciente, se refiere más bien a una patología, que inevitablemente llevará a la muerte de una paciente o enfermo crónico (Camargo, 2014).

Entendemos por enfermedad terminal, una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin razonables posibilidades de respuesta al tratamiento, con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses, que se acompaña de múltiples síntomas, variables y multifactoriales. La situación de últimos días o agonía es un proceso que aparece en la fase final de muchas enfermedades, en la que la vida se extingue gradualmente. De duración inferior a una semana, que si se acompaña de una disminución del nivel de consciencia no suele superar los tres días, y en el cual el paciente presenta un patrón específico con alteraciones físicas como aumento de la debilidad, disminución de la ingesta con sequedad de la piel y de las mucosas, retención urinaria y fecal, respiración superficial con pausas de apnea, variación de las constantes vitales con disminución de la presión arterial y pulso irregular y rápido. Alteraciones cognitivas como desorientación, agitación o ideas delirantes. Alteraciones emocionales tales como

aparición de reacciones de resignación o silencio, crisis de ansiedad o angustia (Iglesias & Lafuente, 2010).

Por lo que el objetivo principal de los CP debe ser por tanto la promoción del confort y de la calidad de vida del paciente y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Estos cuidados paliativos deben ser aplicados por un equipo multidisciplinar, dónde la enfermera tiene un papel fundamental, cuando la expectativa médica no es la curación, y su meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia, sin intentar prolongar la supervivencia. Los CP no terminan con la muerte; incluyen apoyar a las familias en el proceso de duelo (Núñez, 2017).

La Sociedad Americana de Hospicios y Medicina Paliativa define la meta de los cuidados paliativos (CP) como ``prevenir y aliviar el sufrimiento y promover la mejor calidad de vida posible para los pacientes que se enfrentan a enfermedades que amenazan la vida o que sean debilitantes; y para que sus familias, sin importar la etapa de la enfermedad o la necesidad de otras terapias``.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el cuidado integral y se refiere al control del dolor y otros síntomas, así como el abordaje de los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares que son fundamentales para la paliación y que están encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su bienestar, así como la interrelación del equipo médico con los familiares.

Con respecto a los niveles organizativos de los CP no hay claras evidencias de cuál es el mejor modelo, los programas van a depender del volumen y complejidad de los pacientes. El nivel básico de CP, primario o general, es aquel que tiene como objetivo proporcionar a todos los pacientes cuidados en cualquier ámbito de atención. El nivel de CP avanzado contempla procedimientos e intervenciones de mayor complejidad y especializadas (Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos, 2008).

La Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos (2008) refiere que las unidades de atención avanzada se pueden clasificar en:

1. Equipos de soporte de cuidados paliativos: Con capacidad de intervenir tanto a nivel domiciliario como hospitalario. Equipo formado por médicos, enfermeras, psicólogos y

trabajador social, que puede desde asesorar hasta realizar procedimientos e intervenciones más específicas. En España, se pueden encontrar diversos modelos.

- Programas de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES).
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).
- Equipos de Soporte Hospitalarios de Paliativos (ESHP).
- Equipos domiciliarios de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

2. Unidad de Cuidados Paliativos: Unidades de hospitalización con un determinado número de camas, constituidas por un equipo multidisciplinar de profesionales con conocimientos específicos en CP, en muchas ocasiones estas unidades realizan actividades de equipo de soporte hospitalario y consultas externas.

Funciones básicas de los recursos avanzados (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2009).

- Identificar a los pacientes que requieren cuidados paliativos ingresados en todos los servicios del hospital, en algunos hospitales disponen de camas específicas de paliativos.
- Intervención asistencial directa a los enfermos complejos y atención al control de síntomas y deterioro del estado general o fase de agonía.
- Apoyar la realización de determinadas técnicas y aproximación adecuada al caso.
- Apoyo y cuidado a la familia.
- Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, asegurando la continuidad en los cuidados y la coordinación con los recursos sociales.
- Gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.
- Soporte y apoyo a otros profesionales.
- Desarrollo de actividades de formación e información del paciente y sus familiares.
- Participación en programas de formación específica.
- Desarrollo y apoyo de líneas de investigación en CP.

La atención a estos pacientes no debe concebirse como una actuación singular, desconectada del proceso asistencial inicial ni desarrollarse al margen de los profesionales que han intervenido a lo largo de todo el proceso. Por el contrario, se trata de coordinar todos los recursos para lograr una continuidad en los cuidados y unas actuaciones de tipo integral (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2009).

Hoy en día la sociedad moderna no acepta la muerte como un hecho natural que tiene lugar en el orden biológico de las cosas, por lo que muchos pacientes fallecen en los hospitales, entornos fríos sin privacidad y la intimidad necesaria para atender la agonía, el acompañamiento familiar y el duelo posterior (Iglesias & Lafuente, 2010). La sociedad moderna ha cambiado la orientación de la vida y la muerte, el proceso de morir ha sufrido cambios desplazándose progresivamente desde el hogar y la familia hacia el médico y los centros hospitalarios. Sin embargo, los hospitales modernos, con todo su dispositivo técnico, están orientados hacia un objetivo principal que es el mantenimiento o restablecimiento de la salud, y ante un paciente en situación de últimos días (SUD), o cae en la tentación de prolongar la vida por los medios posibles, o prevalece un sentimiento de fracaso (Rodríguez et al., 2004).

Existe una cierta tendencia a acudir a fallecer en el hospital. El servicio de urgencias hospitalario (SUH), destinado a la atención de los problemas urgentes médico-quirúrgicos durante las 24 horas del día está siendo uno de los perjudicados por esta tendencia, este dato hace reflexionar sobre la necesidad de establecer protocolos ante esta situación que garantice confort humano y clínico (Rodríguez et al., 2004).

Por otro lado, la medicina de urgencias y emergencias es una especialidad que se enfoca principalmente en la intervención de condiciones agudas y tradicionalmente se ha enfocado menos en la paliación de síntomas crónicos. Desde este enfoque parece paradójica la integración de los CP en esta área (Sánchez & Chaves, 2017).

No se deben considerar como urgencia vital a aquellos pacientes paliativos que acuden al SUH, pero claramente precisan de una atención rápida y prioritaria que les garantice el máximo confort. Para ello, es preciso mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y los protocolos de clasificación que valoren al paciente a su llegada a Urgencias (Metola et al., 2013).

OBJETIVOS

Objetivo principal: Analizar la importancia de la incorporación e integración de los cuidados paliativos en el SUH.

Objetivos específicos:

1. Describir las principales debilidades y principales fortalezas en la atención a pacientes paliativos en el SUH.
2. Identificar la existencia y el uso de protocolos de integración de CP en los servicios de urgencias.

METODOLOGÍA

Para el presente estudio se ha utilizado como metodología una revisión bibliográfica narrativa donde se ha interpretado y establecido un análisis crítico de la literatura consultada en los distintos autores. Para realizar la búsqueda de este trabajo se recurrió a la base de datos de Dialnet, Elsevier, Medline, Cochrane plus y Cuiden.

Las palabras claves que se utilizaron para la búsqueda fueron, en español: Paciente paliativo; servicio de urgencias; protocolos; integración y cuidados paliativos. En inglés se utilizaron: Emergencies department; palliative attend; emergencies care; end-of-life care; terminal illness y palliative protocols. Combinados con los operadores booleanos AND y OR.

Se han considerado como posibles fuentes documentales:

- Artículos publicados en revistas científicas sanitarias.
- Libros, guías y protocolos.
- Informes y sesiones clínicas de organismos, instituciones y sociedades científicas.

La búsqueda incluyó un total de 90 resultados, de los cuales, tras una lectura exhaustiva de ellos, se seleccionaron 42, ya que los restantes no aportaban información relevante para el estudio. Los 42 artículos fueron sometidos a un análisis, extrayendo un total de 38 de los que se ha recogido la información necesaria para hacer este trabajo.

El resultante de artículos utilizados en el presente estudio responde a diferentes criterios.

Criterios de inclusión:

- Artículos con evidencia científica de los últimos 15 años.
- Artículos con interés en este estudio, a texto completo.
- Materiales y métodos específicos y apropiados al tipo de estudio por la presencia de datos cualitativos y cuantitativos.
- Textos en inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Artículos que presentaban ausencia de información relevante sobre el estudio.
- Falta de especificación del tipo y tamaño de la muestra de estudio.
- Artículos con imposibilidad de acceder a texto completo, con escasa evidencia o baja validez.
- Todos aquellos artículos con más de 15 años de antigüedad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Aumento de la demanda de CP en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Los pacientes con enfermedades avanzadas e irreversibles (oncológicos y no oncológicos) ingresan frecuentemente en los servicios de Urgencias hospitalarios en los últimos meses de vida. Entre el 23 y el 46% de estos pacientes acuden a Urgencias en el último mes de vida por cuadros de disnea, agitación o delirium, dolor, crisis comiciales o signos de agonía que la familia se ve incapaz de hacer frente en el domicilio. Los desencadenantes son múltiples: progresiva longevidad de la población, incremento de la supervivencia de los ciudadanos con patologías crónicas, mayor prevalencia de las patologías crónicas con su gran complejidad, falta de apoyo sanitario y un acceso libre a cualquier hora que ayuda a la familia a enfrentarse a la sintomatología múltiple y cambiante; lenta implementación de las unidades de asistencia domiciliaria; percepción

actual de la muerte en la sociedad como fracaso y poca aceptación social de la muerte en el domicilio (Iglesias & Echarte, 2007; Metola et al., 2013).

Según Ferrer et al. (2009) y Basol (2015) los pacientes paliativos consultan con síntomas agravantes como problemas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, etc.) problemas pulmonares (disnea, derrame pleural, neumonía, etc.) y dolor. Además, la angustia familiar y sentirse más seguro en el hospital que en el hogar se consideran importantes causas de admisión en el SUH.

Por otro lado, Según Sánchez & Chaves (2017) se ha documentado que aproximadamente un 80% de los estadounidenses mueren en instituciones de salud, muchos de ellos mueren tras un lapso prolongado de 2 años de enfermedad crónica. Las razones por las que los pacientes con enfermedades terminales que requieren de cuidados paliativos se presentan en el SUH son:

1. *Síntomas descontrolados como dolor, vómitos, náuseas o disnea.*
2. *Mal funcionamiento de un dispositivo médico.*
3. *Angustia emocional o existencial a consecuencia de la inminente pérdida de la vida.*
4. *Un cambio en la aceptación por los pacientes de su condición.*
5. *Estresores sociales, como un cuidador que no puede o que no quiere prestar atención o un paciente que se siente más seguro en un hospital con disponibilidad de atención médica en todo momento.*
6. *Falta de comprensión de los servicios no agudos (consultas externas).*
7. *Deseo de no morir en el hogar.*
8. *Miedo al proceso de muerte.*
9. *Falta de comunicación entre los cuidadores de los objetivos del cuidado.*

El cambio sociocultural que ha experimentado la sociedad occidental en las últimas décadas ha generado un aumento de pacientes moribundos en los SUH. A esto se le añade su permanencia en urgencias debido a la falta de camas en las plantas de hospitalización. El tipo de paciente en fase terminal que acude a urgencias suelen ser

aquellos afectados por neoplasia diseminada, demencia avanzada, neumopatía o cardiopatía avanzada (Mínguez et al., 2008).

La consulta de pacientes que requieren cuidados paliativos al servicio de urgencias y emergencias se presenta con cierta frecuencia, especialmente cuando se acerca el final de la vida (Lawrenson et al., 2013). Aproximadamente un 20% de pacientes paliativos acuden al menos una vez a los SUH, por lo que cobra importancia el desarrollo paralelo y conjunto de ambas especialidades para garantizar mejores cuidados al final de la vida que brinden calidad asistencial tanto al paciente como a sus familiares (Sánchez & Chaves, 2017).

Los conocimientos en CP en el servicio de urgencias benefician a los pacientes oncológicos, así como a los pacientes con enfermedades no malignas (degenerativas del SNC, demencias muy evolucionadas, patologías pulmonares o nefrológicas en fase terminal, etc.). Como dispositivo de los hospitales el SUH debe ser un eslabón más de la cadena y estar preparado para la atención a este tipo de pacientes (Iglesias & Lafuente, 2010).

La presencia de modelos de atención que integren los CP al SUH pueden tener como resultado beneficios sobre los pacientes, mejor calidad de vida, mayor control de síntomas y satisfacción profesional. La presencia o ausencia de CP en el SUH depende en gran parte de la cobertura de los CP en el hospital (Sánchez & Chaves, 2017). Sin embargo, Quest et al. (2013) refiere que la mejora de los servicios en CP en el SUH puede ocurrir con o sin un servicio especializado en cuidados paliativos en el hospital; en otras palabras, la falta de servicios de cuidados paliativos especializados en un hospital no es una barrera para la mejor prestación de servicios paliativos en el SUH.

Las enfermedades que engloban la medicina de urgencias no se consideran las ideales dentro del campo de los CP, sin embargo, la capacitación en cuidados paliativos se está viendo cada vez más necesaria y muestra de ello es el desarrollo de la misma en los SUH en los EEUU (Green et al., 2017).

Una coordinada comunicación entre niveles interdisciplinarios (especialista – médico de atención primaria) sobre el proceso o evolución de un paciente paliativo debería evitar la llegada de la mayoría de pacientes paliativos en situaciones agudas a urgencias (Iglesias & Lafuente, 2010).

El hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes paliativos que acuden a los servicios de urgencias ocurre porque es el único lugar donde se proporciona atención sanitaria inmediata y acceso a las pruebas diagnósticas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año (Martín & González, 2015).

Consecuentemente, una proporción de estos pacientes acude por claudicación familiar, cuando los familiares se ven sobrepasados. La familia conoce el estado de gravedad del paciente, pero no se ve capacitada para asumir dicha situación o no ha encontrado un recurso material o un apoyo psicológico para dar respuesta a los cuidados y las manifestaciones de los síntomas del paciente (Iglesias & Lafuente, 2010).

Un servicio alternativo al SUH que proporcione una atención oportuna y constante no está disponible desde los servicios paliativos a nivel primario o especializado. A menudo, los entornos de atención ambulatoria y primaria están inadecuadamente equipados para manejar necesidades agudas, tanto a nivel de entorno físico como de accesibilidad, lo que lleva a los pacientes a buscar los servicios de urgencias y emergencias. Por los motivos anteriormente expuestos, es destacable la importancia de incorporar CP en el SUH (Green et al., 2017).

Integración de CP en el SUH

Según Iglesias & Lafuente (2010) para ello se requiere de una serie de recursos entre los que cabe destacar:

1. Recursos humanos: Equipo interdisciplinar.

1.1 Equipo asistencial: Se necesita un equipo con formación mínima de cuidados paliativos, una enfermera y un auxiliar de enfermería, al que se incorporará cuando sea posible el facultativo del equipo de referencia.

1.2 Equipo de soporte:

A) Interlocutor o intermediario: Es una figura que ha incrementado en las plantillas de los SUH en los últimos años y que ha mejorado de forma substancial el grado de comunicación entre el entorno familiar y los sanitarios al servir como un perfil de enlace (Iglesias & Lafuente, 2010).

B) Unidades de cuidados paliativos (UCP): Esta unidad tiene como objetivo velar por la asistencia a pacientes con alta necesidad de cuidados en fases avanzadas y terminales de

su enfermedad y a sus familias, ya que cuando la situación domiciliaria se ve desbordada es conveniente tener un apoyo de un equipo interdisciplinar. La comunicación directa con los equipos de soporte domiciliario y hospitalario favorece una buena coordinación en la gestión y reorientación de pacientes complejos (Iglesias & Lafuente, 2010).

C) Equipos de Soporte Hospitalario de Paliativos (ESPH): Atienden a aquellos enfermos con necesidades paliativas y a sus familias, de manera que aseguran una mejor atención, manejo del dolor y otros síntomas y una rápida reubicación en el mejor entorno posible. La existencia de estos equipos en Urgencias puede ayudar en muchos aspectos: aumentar la satisfacción de los pacientes paliativos y sus familias, mejorar su sintomatología y disminuir las medidas agresivas al final de la vida, evitando ingresos hospitalarios innecesarios y el fallecimiento de los pacientes en hospitales, organizando y coordinando cuidados ambulatorios en el domicilio. Además, se ha demostrado que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos realizados en el servicio de urgencias frente a pacientes paliativos es significativamente mayor que el producido cuando los pacientes eran atendidos por el ESHP (Metola et al., 2013).

D) Soporte religioso: El equipo asistencial debe favorecer el contacto del paciente con los diferentes representantes religiosos, porque se ha demostrado que la creencia en el más allá disminuye la angustia y la desesperanza (Iglesias & Lafuente, 2010).

E) Administrativo: Para salvaguardar la intimidad y la confidencialidad del paciente en SUD, los administrativos responsables de la información sobre la ubicación de los pacientes, no deben dar ningún tipo de información sin consultar con el equipo asistencial y/o interlocutor o intermediario (Iglesias & Lafuente, 2010).

F) Otros equipos de apoyo: Favorecen la excelencia de cuidados como psicólogos, trabajadores sociales, mediadores... (Iglesias & Lafuente, 2010).

2. Recursos Físicos:

2.1 Box individual: Se debe evitar en la medida de lo posible que la muerte suceda en la camilla o en un box compartido o en un pasillo, hecho bastante frecuente como lo demuestra el trabajo de Iglesias M.L. Por lo que es imprescindible que se disponga de boxes individuales con camas o camillas con colchones adecuados para el confort, lo más alejado de la primera línea de actuación urgente, que permita la

intimidad y el acompañamiento familiar. Adecuando el número de familiares a las dimensiones de cada SUH, con un horario de visita flexible que le den mayor calidad de vida al paciente (Iglesias & Lafuente, 2010).

2.2 Despacho de información: La información se debe de transmitir en un espacio físico apropiado y evitar los pasillos y boxes compartidos, como mínimo para mostrar respeto e intimidad hacia al paciente. Se recomienda que sea un lugar acogedor, que disponga de una mesa redonda con sillas suficientes, que esté exenta de ordenadores y utensilios médicos y que disponga de una alarma conectada al servicio de seguridad del hospital para preservar a los profesionales de las reacciones agresivas y violentas (Iglesias & Lafuente, 2010).

Cuidados específicos en la atención a pacientes paliativos en SUH

La integración de los cuidados paliativos en los servicios de urgencias y emergencias puede ayudar a evitar tratamientos innecesarios y procedimientos que no están relacionados con las metas de atención del paciente (Grudzen, 2014).

El confort es uno de los principales objetivos de los CP y para poder integrar estos en el SUH se requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas al ámbito de urgencias (Iglesias & Echarte, 2007).

El control de síntomas es la primera actuación que se debe de realizar cuando un paciente paliativo acude al servicio de urgencias. Es muy importante transmitir seguridad y tranquilidad estableciendo cierta relación de confianza entre profesional y paciente (Iglesias & Echarte, 2007). Según La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) (2014) reconocer, evaluar y tratar los síntomas que afectan directamente al bienestar del paciente es imprescindible, algunos de ellos se podrán controlar (disnea, vómitos, dolor...) mientras que otros no, donde será importante que el enfermo sea consciente de que tiene que intentar adaptarse a los mismos.

Cerca de un 80% de pacientes paliativos en fase terminal encuentran una clara dificultad para medicarse a través de la vía oral, por lo que hay una creciente corriente que busca desarrollar otras formas de administración sistémica, el uso de vías alternativas generará un claro beneficio sobre pacientes con situaciones clínicas como náuseas, vómitos, disnea, dolor...(Trujillo, 2005). Elegir la vía de administración es un

aspecto muy importante que se debe valorar en pacientes paliativos. Los pacientes paliativos en situaciones agudas generalmente presentan una clara disminución de la masa muscular; en muchas ocasiones, la quimioterapia genera debilidad en las venas ya que éstas se han esclerosado y dificulta su acceso. Por lo que se aconseja la administración de medicación por vía subcutánea ya que se trata de una vía poco iatrogénica y bien tolerada. La vía intravenosa, es recomendada cuando existe riesgo de hemorragia o anasarca (Iglesias & Echarte, 2007). La vía espinal o transdérmica se debe mantener si el síntoma está controlado (Centeno et al., 2004). Mientras que la SECPAL (2014), aconseja siempre que sea posible utilizar la vía oral ya que las pastillas duelen menos que las inyecciones y además de favorecer la autonomía del paciente. En el caso de tener que conseguir acceso parenteral se aconseja hacerlo a través de la vía subcutánea ya que, en el caso de los pacientes oncológicos, carecen de masa muscular y a causa de los tratamientos, sus venas están en muy mal estado.

Prescribir fármacos con eficacia demostrada como pueden ser los analgésicos, fundamentalmente los de tercer escalón (mórficos), antieméticos (haloperidol y levomepromazina), benzodiacepinas, neurolépticos y corticoides (durante la hipertensión endocraneal está demostrado su efectividad en el confort) (Iglesias & Echarte, 2007). Por otro lado, según la SECPAL (2014) existen tres analgésicos por excelencia que son la aspirina, codeína y la morfina; el resto son caminos alternativos que debemos conocer. Con frecuencia se pueden mezclar analgésicos periféricos (aspirina) con analgésicos centrales (opioides), sin embargo, nunca se deben juntar dos analgésicos opioides ya que en muchas ocasiones son incompatibles entre sí.

La hidratación no contribuye al control de los síntomas y puede empeorar las secreciones respiratorias, los edemas y la cuantía de los vómitos y obliga al sondaje urinario en caso de retención (Iglesias & Echarte, 2007). Por otro lado, para conseguir una adecuada hidratación, un paciente paliativo en situación aguda o terminal necesita menores cantidades de agua, pero a su vez tienen un mayor riesgo al déficit de esta. Por lo que se necesitan más estudios que identifiquen a aquellos grupos de pacientes que pueden beneficiarse de la hidratación. Teniendo también en cuenta el hecho de que, si se disminuye la hidratación, con ella deberían hacerlo algunos fármacos que pueden acumularse y crear alto grado de toxicidad (Puerta & Bruera, 2007).

Morir con dignidad significa morir sin dolor, para ello es necesario ajustar la dosis acorde con las necesidades del paciente hasta alcanzar el confort (Iglesias & Echarte, 2007). Según SECPAL (2014) es inhumano esperar al final de la vida de un paciente para aliviar el dolor, por lo que no hay ningún impedimento para retrasar el comienzo del alivio del dolor con analgésicos potentes.

Según el Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal (2013) es de vital importancia respetar la imagen corporal y la intimidad del paciente. Ello requiere de una serie de cuidados entre los que encontramos los cambios posturales, cuidados de la piel, cuidados de la boca, control de la disnea, control de la incontinencia y del delirium. Es importante destacar que dichos cuidados son administrados por la enfermera, por lo que esta adquiere un papel imprescindible.

Debilidades en la atención a pacientes paliativos en el SUH

A pesar de la creciente demanda de pacientes paliativos en el SUH, el personal que lo conforma y el entorno no están del todo preparados en términos de recursos y necesidades holísticas para hacerle frente a los cuidados de estos pacientes (Green et al., 2017). No se consideran los SUH los lugares más adecuados para atender a pacientes paliativos ya que esta es un área donde se valoran a muchos pacientes de forma simultánea, con tiempo limitado para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, con un gran ritmo de trabajo y una gran carga asistencial. La plantilla es joven, y normalmente con contratos de corta duración lo que dificulta la adaptación. En la misma línea, nos encontramos con un espacio reducido y restringido para valorar a los enfermos, y donde tomar decisiones puede resultar un proceso complejo. Se desconocen los valores y las voluntades anticipadas de los pacientes, los objetivos del paciente y sus familiares, que en la mayoría de ocasiones suele ser la del mantenimiento de la vida del paciente a ``cualquier precio`` o recibir tratamientos que prolonguen la vida (Iglesias & Echarte, 2007; Smith et al., 2009).

En este entorno, los profesionales se enfrentan a una toma rápida de decisiones sin conocer las voluntades anticipadas ni los deseos de los pacientes a los que atienden (Antolín et al., 2010).

Todo ello se refleja en una atención inadecuada hacia estos pacientes, aplicándose solo medidas paliativas en el 25% de los casos, percibiéndose un mal

control del dolor y otros síntomas típicos de pacientes paliativos (Marco & Schears, 2006).

Según Iglesias & Lafuente (2010) los SUH están constituidos por un grupo heterogéneo de profesionales que provienen de distintas áreas y de diferentes especialidades que van a marcar decisiones dispares ante la atención a pacientes paliativos, con una insuficiente preparación en comunicación y toma de decisiones al final de la vida. En las guardias presenciales nos encontramos con un gran número de médicos noveles con un claro objetivo de adquirir experiencias en técnicas invasivas lo que dificulta la toma de decisiones morales, además, no todos los profesionales tienen la necesaria preparación para trabajar en urgencias. El hecho de tener que tomar rápidas decisiones soportando una gran carga de estrés, trabajando ante la crítica de todos, con turnos de trabajo rotatorios y guardias, con una alta presión asistencial y un importante número de pacientes vulnerables dificultan aún más la capacidad de los profesionales de enfermería de proporcionar CP.

La estructura arquitectónica y organizativa del SUH debería favorecer el tratamiento de pacientes paliativos cuando se acerca la muerte ya que deberían adaptarse a sus necesidades y garantizar una mayor intimidad y comodidad para dichos pacientes (Iglesias & Lafuente, 2010).

Otro aspecto que se ve afectado es lo que se denomina dignidad del paciente, entendiéndose por esta una construcción social que media nuestras relaciones con los demás. Morir con dignidad es algo verdaderamente importante para los pacientes y sus familiares y un claro objetivo que asegura que hemos dotado a los pacientes de una atención de calidad. Sin embargo, el significado de morir con dignidad en el SUH es un concepto abstracto y difícil de conseguir, ya que la preservación de la dignidad en muchas ocasiones es involuntariamente pasada por alto por las características intrínsecas del propio servicio (Fernández-Sola et al., 2016).

Los principales desafíos que encuentran los profesionales en la prestación de CP en el SUH son las limitaciones de tiempo con las que se trabaja en estos servicios, falta de formación en comunicación, desinformación sobre la historia del paciente y falta de formación en cuidados paliativos (Wright, Lowton, Robert, Grudzen & Grocott, 2017). Existe un gran problema de entrenamiento en CP, sobre todo en relación a las

habilidades de comunicación y los profesionales residentes son conscientes de su importancia y están dispuestos a mejorar estas habilidades (Basol, 2015).

Por otro lado, la visión transversal de los médicos y enfermeros del SUH hace que por normal general sus intervenciones se limiten al manejo de episodios agudos dificultando el reconocimiento del paciente terminal, la toma de decisiones respecto a su tratamiento y el diagnóstico y planteamiento de un plan de cuidados (Martín & González, 2015).

En muchas ocasiones la mala ubicación de los pacientes cuyas muertes son esperadas se debe a la insuficiente oferta de camas, bien sea de la sala de observación o de las unidades de hospitalización convencional (Mínguez et al., 2008).

Según Sánchez & Chaves (2017), durante la atención a pacientes paliativos en el SUH se han identificado algunas barreras, las cuales impiden brindar una atención de calidad enfocada en las necesidades del paciente. Algunas de ellos son:

- Percepción de que los cuidados paliativos requieren de demasiado tiempo asistencial.
- Miedo de las consecuencias legales si no se hacen intervenciones.
- Falta de acceso a la historia médica del paciente.
- Falta de formación en cuidados paliativos por parte de los profesionales que forman el equipo de urgencias.
- Falta de privacidad y confidencialidad en el diseño físico del SUH.
- Conflicto entre la misión del SUH y el de los CP.
- Sentimientos de fracaso al tener que retirar las intervenciones de mantenimiento de la vida.
- Falta de conocimiento de las intervenciones básicas de CP.
- Los profesionales de urgencias no se sienten preparados para lidiar con las emociones de los pacientes y de sus familiares (Sánchez & Chaves, 2017).

No hay suficiente tiempo para proporcionar cuidados paliativos, ya que la política de algunos SUH es que los pacientes en situación terminal deben ser

transferidos tan pronto como sea posible a otras unidades o descargados en sus hogares para poder continuar tratando de “salvar vidas” (Kongsuwan et al., 2016).

Fortalezas de la atención paliativa en el SUH

Los cuidados paliativos que comienzan en los SUH pueden servir de guía a los pacientes y familiares a la hora de enfocar los objetivos del cuidado. Los profesionales deben evaluar la trayectoria de la enfermedad y las funciones generales del paciente siendo un posible momento para decidir el cambio de un tratamiento curativo a no curativo, mejorando la satisfacción del paciente y disminuyendo el uso de recursos valioso y costosos (Mierendorf, 2014).

Según George et al. (2016) asegura mejores resultados, cuidados más eficientes, reducción de los días de hospitalización, derivaciones directas hacia las UCP u domicilio, mejor satisfacción del paciente y la familia, menos utilización de técnicas y procedimientos invasivos y ahorro.

Los adultos con enfermedades crónicas a menudo visitan los SUH varias veces en su último año de vida, es por ello que encontramos la oportunidad de iniciar la transición del pensamiento de técnicas y tratamientos curativos hacia el manejo de síntomas y asegurar la continuidad de cuidado y confort del paciente y familiares. Además, brinda la oportunidad de acabar con el pensamiento dicotómico de cuidados curativos versus cuidados paliativos en el SUH. Algunos beneficios de la intervención temprana de CP en el SUH incluyen la gestión de recursos, una mayor satisfacción para el paciente y familiares, mejores resultados, disminución de la estancia hospitalaria, menor uso de unidades de cuidados intensivos, menor costo y aumento de una atención paliativa de forma directa de dichos pacientes (Mierendorf, 2014; Revels, Goldberg & Watson, 2016).

Se ha demostrado que la provisión de CP en los hospitales de EEUU iniciados en el SUH mejoran la calidad de atención a menor costo (Quest et al., 2013).

La creación de una vía de CP en el SUH proporciona una mejor correspondencia entre los deseos del paciente y la atención recibida, puede disminuir la intensidad e invasividad de atención cuando sea apropiado, atención oportuna, mejores resultados, derivaciones a las UCP, reducción de la estancia hospitalaria, mayor satisfacción del

paciente y los familiares, menor utilización de cuidados intensivos y ahorro junto con una mayor satisfacción laboral por parte del equipo de urgencias (Basol, 2015).

Existencia y uso de protocolos

Uno de los pasos más importantes en la integración de los CP en el SUH radica en identificar correctamente a los pacientes que necesitan atención paliativa; tarea que actualmente realiza la enfermera de clasificación. Podemos ver de la existencia de algunas guías de acción para este primer eslabón denominado triaje.

Según Sánchez & Chaves (2017), uno de los modelos propone hacerlo a través de una serie de preguntas simples como: ¿Usted se sorprendería si el paciente muere en el próximo año? o ¿Usted se sorprendería si el paciente muere durante esta visita? A través de las cuales vamos a intentar identificar a aquellos pacientes con una enfermedad que amenaza su vida. A esto se le añade que el paciente cumpla con una o más de las siguientes características:

- *Más de una visita al SUH por la misma causa en los últimos meses.*
- *La causa de las visitas es la dificultad para controlar síntomas físicos y psicológicos de su enfermedad.*
- *Disminución de las funciones vitales, intolerancia a la alimentación, pérdida de peso no intencional y estrés del cuidador.*

Otro modelo, propone la evaluación rápida del paciente que requiere CP es la evaluación mediante ABCD que debe ser realizada durante la examinación inicial en la sala de triaje por la enfermera en el SUH. Esta evaluación no requiere más de dos minutos (Basol, 2015; Sánchez & Chaves, 2017).

- A) *El paciente tiene alguna directriz previa sobre medidas de mantenimiento de la vida, si las tiene, ¿Cuáles son?*
- B) *¿Cómo puede hacer usted que el paciente se sienta mejor? Este es el nivel de alivio sintomático.*
- C) *¿Hay algún cuidador cerca o un teléfono de contacto? Si esta, preguntarle sus necesidades de cuidados y si presenta voluntades anticipadas o deseos en consideración.*
- D) *¿El paciente tiene capacidad para tomar decisiones?*

También se conoce una herramienta denominada SPEED la cual ha demostrado fiabilidad y validez para el cribado de las necesidades de CP en pacientes oncológicos que acuden al SUH. Esta herramienta valora 13 ítems en términos terapéuticos, sociales, físicos, psicológicos y espirituales. Existen diversos criterios de selección para identificar a pacientes que acuden al SUH y podrían beneficiarse de CP, sin embargo, estas herramientas aún no están estandarizadas, se necesitan estudios más amplios para validar no solo los criterios de evaluación existentes, sino también para identificar procesos estandarizados que sean reproducibles en diferentes departamentos de urgencias (Richards et al., 2011).

Crear protocolos con los que se pueda iniciar la identificación de pacientes paliativos y seleccionar los tratamientos adecuados a su situación, es un paso hacia el confort y calidad de vida del paciente. Se ha discutido la necesidad de estandarizar las herramientas de tamizaje, por lo que cada departamento de urgencias debe encontrar la forma de organizarse teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales con los que dispongan. De modo que, aunque la metodología sea distinta, la meta sea la misma, se debería brindar un servicio de calidad en CP a la población que acude al SUH (Basol, 2015; Sánchez & Chaves, 2017).

La introducción de protocolos y procedimientos específicos de CP en el SUH representan un cambio en el paradigma, ya que el clínico asumiría un rol activo en la evaluación y manejo de necesidades de cuidados paliativos de los pacientes y familiares. En un momento de demanda creciente, este enfoque puede ser rechazado debido fundamentalmente a factores de tiempo y de recursos (Quest et al., 2013).

Según Lamba et al. (2014) y Sánchez & Chaves (2017) los pasos básicos para integrar los CP en el SUH, han sido propuestos por la IPAL-EM (Improving Palliative Care in Emergency Medicine) un proyecto con la iniciativa de desarrollar y diseminar recursos que ayuden a acelerar la integración de los CP en el SUH. Se inició en 2010 por el Centro para el Avance de Cuidados Paliativos (CACP) liderado por Tammie y Quest. Ofrece un portal de internet donde se comparten los conocimientos esenciales, mejores pruebas, herramientas y recursos para ayudar a los profesionales sanitarios a integrar con éxito los CP en el Departamento de Urgencias. Este sitio web se actualiza continuamente y está revisado por líderes interdisciplinarios reconocidos a nivel estadounidense en el campo de la atención a las urgencias-emergencias y los CP. Los

pasos que propone la IPAL-EM para facilitar la integración de CP en el SUH son las siguientes (Sánchez & Chaves, 2017).

1. El primer paso es la conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario para planear y dirigir los esfuerzos, liderado y conformado por personas comprometidas con el objetivo primordial.
2. El segundo paso comprende determinar las necesidades y recursos arquitectónicos y recursos humanos, esto incluye la revisión de literatura y fuentes de información existentes.
3. El tercer paso comprende identificar los recursos locales de CP.
4. El cuarto y último paso es desarrollar un plan de acción para dejar reflejadas las responsabilidades de trabajo y establecer un margen de tiempo. Además de comprometer al equipo del SUH para crear un ambiente de soporte en pro de los CP.

Según Quest et al. (2013) para poder conseguir llevar esto a cabo la IPAL-EM propone:

1. Hacer coincidir los objetivos de un enfoque integrador con los imperativos más grandes del sistema hospitalario, como la reducción de la readmisión, aumento de rendimiento y satisfacción del paciente.
2. Crear un enfoque interdisciplinario cohesivo para cuidar optimizando la experiencia de los miembros del equipo.
3. Proporcionar educación de cuidados paliativos a nivel generalista y tutorías clínicas al personal del SUH.
4. Crear un acceso a los servicios de cuidados paliativos que nos ayuden a tomar decisiones en situaciones complejas.
5. Establecer relaciones con la comunidad de cuidados paliativos y programas de cuidados paliativos para facilitar la planificación del alta.

El comité asesor de IPAL-EM cree que la integración exitosa de CP en el SUH es aquella en la que se desarrolla algún tipo de relación colaborativa con un ESHP (si está presente) pero que busca mejorar tanto los procesos de atención en el SUH como las habilidades de CP de los profesionales de dicho servicio (Quest et al., 2013)

La integración de CP en el SUH es una nueva área que está en su inicio. Por lo que las formas de integrarlos no están explícitamente definidas ni identificadas. En EEUU

se ha sugerido a través de la IPAL-EM; un primer modelo de consulta tradicional, donde el paciente acude a urgencias y la enfermera encargada del triaje valora el tipo de paciente del que se trata, si se tratase de un paciente paliativo este llamaría a profesionales expertos en medicina paliativa del hospital. El segundo modelo se llama integración básica, donde los profesionales del SUH y los profesionales del área paliativa trabajan juntos en algunas metas y objetivos. El tercero, que se llama integración avanzada, requiere que los profesionales de urgencias y paliativos trabajen juntos en procesos y protocolos, pero el SUH va a liderar y toma el mando ya que este posee de conocimientos necesarios para ello. La aplicabilidad de estos modelos puede estar limitada debido a la disponibilidad de profesionales expertos en CP en el hospital. Por ejemplo; en España, no hay especialidad en Medicina Paliativa, incluso, ``paliativos`` no se considera una asignatura obligatoria en muchos programas de estudios universitarios, por lo que muy pocos profesionales tienen conocimientos al respecto. Para muchos países los CP no son conocidos por lo que la viabilidad de estos protocolos de integración depende del país. El modelo final, es un programa de integración avanzada centrado en el SUH donde se necesitan a profesionales de urgencias con formación específica en CP (Lamba et al., 2014).

Cada departamento de urgencias-emergencias tiene que encontrar su propio camino, organizándose de acuerdo a los recursos de atención médica en el país, la existencia de hospitales con o sin consultores de unidades paliativos y los recursos en general. Por lo que los protocolos podrían ser diferentes pero el objetivo debería ser siempre el mismo; prestar una atención de alta calidad a los pacientes que requieren CP (Basol, 2015).

CONCLUSIONES

- 1- Según datos sociodemográficos hay una creciente demanda de Cuidados Paliativos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.
- 2- Las principales barreras que dificultan la integración de los CP en el SUH son: los recursos humanos, la estructura arquitectónica y la celeridad en el quehacer de los profesionales.

- 3- Según el presente estudio, solo en EEUU se han elaborado guías de cribado para clasificar a pacientes paliativos en el SUH. El resultado de la aplicación de dichas guías ha revertido de forma positiva en la atención a los pacientes.
- 4- El protocolo de actuación ante pacientes paliativos en el SUH (Proyecto IPAL-EM), facilita la coordinación de los cuidados y asegura una atención de calidad a pacientes y familiares.
- 5- La escasez de conocimientos y formación entre los profesionales de los SUH, sobre Cuidados Paliativos, es reconocida. Se requiere de una formación específica en esta materia en estudios de Grado y Posgrado, en las titulaciones sanitarias.
- 6- La falta de investigación en este tema en nuestro país es una limitación encontrada en el presente estudio. Es necesario abrir líneas de investigación para el desarrollo de un plan de trabajo o protocolos dirigidos hacia una mejora en la calidad de la atención al paciente paliativo y familiares en los SUH.

BIBLIOGRAFIA

- Antolín, A., Ambrós, A., Mangirón, P., Alves, D., Sánchez, M., & Miró, O. (2010). Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Revista Clínica Española*, 210(8), 379-388.
- Basol, N. (2015). The Integration of Palliative Care into the Emergency Department. *Turkish Journal Of Emergency Medicine*, 15(2), 100-107.
- Camargo, R. (2014). Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. *Medicina*, 36(1), 80-84.
- Centeno, C., Sand, A., & Bruera, E. (2004). Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med*, (18), 184-194.
- Consejería de Salud y Bienestar Social. (2013). *enfermedad avanzada no oncológica. Criterios de McNAMARA*. Almería: U.G.C Medicina Interna. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>.
- Fernández-Sola, C., Cortés, M., Hernández-Padilla, J., Torres, C., Terrón, J., & Granero-Molina, J. (2016). Defining dignity in end-of-life care in the emergency department. *Nursing Ethics*, 24(1), 20-32.

- Ferrer Pérez, A., Vidal Losada, M., Tobeña Puyal, M., Serrano Solares, S., Ruíz Echarrí Rueda, M., & Millastre Bocos, E. (2009). Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias. *Emergencias: Revista De La Sociedad Española De Medicina De Urgencias Y Emergencias*, 21(3), 186-188.
- George, N., Phillips, E., Zaurova, M., Song, C., Lamba, S., & Grudzen, C. (2016). Palliative Care Screening and Assessment in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 51(1), 108-119.
- Green, E., Ward, S., Brierley, W., Riley, B., Sattar, H., & Harris, T. (2017). “They Shouldn’t Be Coming to the ED, Should They?”: A Descriptive Service Evaluation of Why Patients With Palliative Care Needs Present to the Emergency Department. *American Journal Of Hospice & Palliative Medicine*, 34(10), 984-990.
- Grudzen, C., Richardson, L., Hopper, S., Ortiz, J., Whang, C. & Morrison, S. (2014). Does Palliative Care Have a Future in the Emergency Department? Discussions With Attending Emergency Physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 1-9.
- Iglesias Lepine, M., & Echarte Pazos, J. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*, 19(4), 201-210.
- Iglesias, M., & Lafuente, A. (2010). Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 33, 173-191.
- Institut Català d’Oncologia (2013). *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal (3 ed.)*. Madrid: Editorial Enfoque S.C.
- Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilmanat, K., Locsin, R., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review*, 63(1), 132-138.
- Lamba, S., DeSandre, P., Todd, K., Bryant, E., Chan, G., Grudzen, C. et al. (2014). Integration of Palliative Care into Emergency Medicine: The Improving Palliative Care in Emergency Medicine (IPAL-EM) Collaboration. *The Journal Of Emergency Medicine*, 46(2), 264-270.
- Lawrenson, R., Waetford, J., Gibbons, V., Kirk, P., Haggard, S., & Reddy, R. (2013). Palliative care patients’ use of emergency departments. *The new zealand medical journal*, 126, 2-9.
- Marco, C., & Schears, R. (2006). Death, Dying, and Last Wishes. *Emergency Medicine Clinics Of North America*, 24(4), 969-987.

- Martín, L. (2016). ¿Qué son los cuidados paliativos?: *MedlinePlus enciclopedia médica*. *Medlineplus.gov*. Retrieved 17 March 2018, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
- Martín-Sánchez, F., & González Armengol, J. (2015). La atención en los servicios de urgencias al paciente terminal, ¿una circunstancia de fracaso o una oportunidad?. *Medicina Paliativa*, 22(3), 117-118.
- Metola Gómez, A., García Romo, E., Bellido de Vegas, S., Carretero Lanchas, Y., Azcoitia Alvarez, B., & Guerrero, L. (2013). Análisis de la evolución de pacientes en probable situación de últimos días en un servicio de Urgencias. *Medicina Paliativa*, 20(1), 10-18.
- Mierendorf, S. (2014). Palliative Care in the Emergency Department. *The Permanente Journal*, 18(2), 77-85.
- Mínguez Masó, S., Supervía, A., Campodarve, I., Aguirre, A., Echarte, J., & López Casanova, M. (2008). Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario. *EMERGENCIAS*, 20, 113-116.
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. (2009). *Atención a los cuidados paliativos* (pp. 2-41). Andalucía: Sistema de Información de Atención Primaria del SNS.
- Núñez Viejo, M. (2017). Los Cuidados Paliativos. Un nuevo reto para la Medicina Interna. *Galicia Clínica*, 78(1), 15.
- Palomo, A., García Rodrigo, R., Vargas Torres, R., & Quiben Pereira, R. (2011). El paciente con enfermedad terminal en el hospital de agudos: la labor del equipo de soporte hospitalario. *Medicina Paliativa*, 18(1), 14-19.
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41.
- Puerta Ardiz, M., & Bruera, E. (2007). Hidratación en Cuidados Paliativos: cuándo, cómo, por qué. *Medicina Paliativa*, 14(2), 104-120.
- Quest, T., Herr, S., Lamba, S., & Weissman, D. (2013). Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: a report from the IPAL-EM initiative. *Ann Emerg Med*, 61, 661-7.
- Revels, A., Goldberg, L., & Watson, J. (2016). Caring Science: A Theoretical Framework for Palliative Care in the Emergency Department. *International Journal For Human Caring*, 20(4), 206-212.
- Richards, C., Gisondi, M., Chang, C., Courtney, D., Engel, K., Emanuel, L., & Quest, T. (2011). Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the

- Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument. *Journal Of Palliative Medicine*, 14(6), 757-764.
- Rodríguez Maroto, O., Llorente Álvarez, S., Casanueva Gutiérrez, M., Álvarez Álvarez, B., & Riva Miranda, G. (2004). ¿Son los servicios de urgencias hospitalarios un lugar adecuado para morir?. *Anales de Medicina Interna*, 21(12).
- Sánchez Rivera, M., & Chaves Rodrigues, C. (2017). Rol de los cuidados paliativos en el servicio de emergencias. *Medicina Legal De Costa Rica*, 34(1), 2-10.
- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/cuidadosPaliativos.
- Smith, A., Fisher, J., Schonberg, M., Pallin, D., Block, S., Forrow, L., et al. (2009). 36: “Am I Doing the Right Thing?” Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department. *Annals Of Emergency Medicine*, 52(4), 52-53.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2009). *Guía de Cuidados Paliativos*. Recuperado de <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>.
- Trujillo Gómez, C. (2005). Vías alternativas a la vía oral para administración sistémica de opioides en Cuidados Paliativos. Revisión de la Literatura. *Medicina Paliativa*, 12(2), 108.
- Vijayasankar, D., Hayhurst, C., & Morris-Smith, R. (2015). *End of Life Care for Adults in the Emergency Department* (pp. 2-8). Liverpool: The Royal College of Emergency Medicine.
- Wright, R., Lowton, K., Robert, G., Grudzen, C., & Grocott, P. (2017). Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(2), 417-425.