

Universitat de Girona

Facultat d'Infermeria

L'ATENCIÓ DE LES CURES PAL·LIATIVES EN EL SERVEI D'URGÈNCIES

REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA



Caterina Martos Losada

Treball de Fi de Grau

Tutora: Cristina Bosch Farré

Universitat de Girona – Facultat d'Infermeria

Curs 2016/2017

“De toda la felicidad que un hombre puede obtener, no hay placer mayor que ser liberado del dolor”

John Dryden

“Si nada nos salva de la muerte, al menos que el amor nos salve de la vida”

Pablo Neruda

ABREVIATURES

AP	Atenció Primària
ATDOM	Programa d'Atenció Domiciliària
CP	Cures Pal·liatives
DVA	Document de Voluntats Anticipades
EAIA	Equip d'Avaluació Integral Ambulatòria
EAP	Equip d'Atenció Primària
EAPC	European Association for Palliative Care
EBCP	Equips Bàsics de Cures Pal·liatives
EBCPP	Equip Bàsic de Cures Pal·liatives Pediàtric
ECCP	Equips Complets de Cures Pal·liatives
ECCPP	Equip Complet de Cures Pal·liatives Pediàtric
ELA	Esclerosi Lateral Amiotròfica
ESAD	Equip de Suport d'Atenció Domiciliària
ESCP	Equip de Suport de Cures Pal·liatives
ESD	Equip de Suport Domiciliari
ESHP	Equip de Suport Hospitalari Pal·liatiu
EPEC-EM	Education in Palliative and End-of-life Care for Emergency Medicine
OMS	Organització Mundial de la Salut
PADES	Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport
PCP	Programa de Cures Pal·liatives
SECPAL	Societat Espanyola de Cures Pal·liatives
SUH	Serveis d'Urgències Hospitalaris
SUMMA	Servei d'Urgències Mèdiques de Madrid
UAD	Unitats d'Assistència a Domicili
UBCP	Unitats Bàsiques de Cures Pal·liatives
UCCP	Unitats Completes de Cures Pal·liatives
UFISS	Unitats Funcionals d'Intervenció Sociosanitària
UME	Unitats Mèdiques d'Emergència
VIR	Vehicles d'Intervenció Ràpida

ÍNDEX

Abreviatures	2
Resum	4
Abstract	5
Marc teòric	6
Que són les Cures Pal·liatives.....	6
Evolució de les Cures Pal·liatives.....	7
Síntomes i urgències pal·liatives més freqüents.....	8
Recursos assistencials en Cures Pal·liatives existents a Catalunya.....	11
Actuació en Cures Pal·liatives al Servei d'Urgències.....	13
Quina formació es dona en Cures Pal·liatives?.....	16
Quina és la funció de la infermera en les Cures Pal·liatives?.....	20
En quins aspectes haurien de formar-se els infermers per atendre unes Cures Pal·liatives de qualitat?.....	21
Hipòtesis i objectius	24
Metodologia	25
Resultats	29
Discussió	44
Limitacions	47
Conclusions	48
Bibliografia	49

RESUM

Introducció: La major longevitat de la població, la major prevalença de les patologies cròniques amb la seva gran complexitat i la falta de recolzament sanitari entre altres causes, han provocat un increment de la demanda sanitària amb implicació de tots els nivells assistencials. Especialment l'atenció en els serveis d'urgències per part de pacients pal·liatius. Tot això contribueix a l'aparició d'una nova necessitat, la d'adquirir coneixements sobre les mesures requerides per aquest tipus de pacient.

Objectiu: Conèixer si el servei d'urgències és un lloc apropiat per atendre a les persones que requereixen cures pal·liatives.

Metodologia: S'ha realitzat una revisió bibliogràfica dels últims 10 anys en les bases de dades ScienceDirect, Dialnet i PubMed.

Resultats: S'han trobat 246 articles, dels quals analitzant els títols, els resums, els continguts i aplicant els criteris d'inclusió i exclusió s'han seleccionat 9 d'aquests per realitzar la revisió bibliogràfica.

Conclusions: El servei d'urgències no és el lloc adequat ni els professionals de la salut disposen de la formació suficient per proporcionar unes cures pal·liatives de qualitat. La millor actuació a realitzar en un pacient pal·liatiu que acut al servei d'urgències i en mesura de lo possible, és la derivació a una unitat específica de cures pal·liatives.

Paraules clau: *cuidados paliativos, cuidados terminales, servicio de urgencias, urgencias hospitalarias, atención domiciliaria*

ABSTRACT

Introduction: The greater longevity of the population, the greater prevalence of chronic diseases with its complexity and lack of health support for other causes, has caused an increase in demand for care with involvement from all levels of care. Particular attention in emergency departments by palliative patients. All this contributes to the emergence of a new need, to acquire knowledge about the measures required for this type of patient.

Objective: To know if the emergency department is an appropriate place to treat people who require palliative care.

Methods: It has been done a literature review of the last 10 years ScienceDirect databases, PubMed and Dialnet.

Results: It has been found 246 articles, of which analysing the titles, abstracts, content and applying the inclusion and exclusion criteria 9 of these have been selected to perform the literature review.

Conclusions: The emergency department is not the right place to treat palliative patients, nor do the health professionals have sufficient training to provide quality palliative care. The best action to be taken, for a palliative patient, who goes to the emergency departments, is to refer the patient to a specific unit for palliative care.

Keywords: *emergency departments, end-of-life care, dying*

MARC TEÒRIC

Que són les Cures Pal·liatives?

La Organització Mundial de la Salut (OMS) va adoptar en 1990, la definició proposada per l'Associació Europea de Cures Pal·liatives que es defineixen com “la cura activa total dels malalts els quals la seva malaltia no respon al tractament curatiu. El control del dolor i altres símptomes i de problemes psicològics, socials i espirituals es primordial”. Posteriorment amplia la definició i fa referència també a la família. La OMS declara que els seus objectius són: (1)

- Alleujar el dolor i altres símptomes
- No allargar ni escurçar la vida
- Donar recolzament social, psicològic i espiritual
- Reafirmar la importància de la vida
- Considerar la mort com un succés normal
- Proporcionar sistemes de recolzament perquè la vida sigui el més activa possible
- Donar recolzament a la família durant la malaltia i el dol

Aquesta declaració intenta proporcionar al pacient i a la família un recolzament total e integral. Els objectius mencionats es sustenten en tres pilars fonamentals, es a dir, la triada bàsica de les cures pal·liatives: comunicació eficaç, control dels símptomes i recolzament a la família. (2)

Segons la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL) en la seva introducció a la història de les cures pal·liatives les defineix com “un tipus especial de cures dissenyades per proporcionar benestar o confort i suport als pacients i a les seves famílies en les fases finals d'una malaltia terminal”. Defineix que les situacions que requereixen aquesta atenció varien i són difícils de predir. L'aproximació pal·liativa ha de basar-se en les necessitats del pacient i de la seva família, més que en el pronòstic de la malaltia; per aquest motiu, el maneig haurà de ser estandarditzat i permetre la mort sense impediments, donant el recolzament necessari perquè sigui el més tranquil·la possible. (3)

Evolució de les Cures Pal·liatives

Segons diversos estudis, en els últims anys s'ha produït un increment en el número de pacients que moren en els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH). Això pot atribuir-se a diverses causes, entre les quals destaquen la mala evolució de la patologia que va motivar la consulta, els casos de mort sobtada i cada cop amb més freqüència, les defuncions de persones que acudeixen a urgències per processos crònics en fase terminal. (4)

L'atenció al final de la vida cada dia suposa un repte per als serveis sanitaris i socials, ja que la demanda de cures, cada vegada més complexes (arrel de l'avanç de moltes malalties cròniques), obliga a una atenció integral que asseguri la dignitat, el respecte a l'autonomia i als drets dels pacients i les seves famílies, a més de garantir el benestar, la qualitat de vida i la continuïtat de l'atenció. (5)

Avui en dia, ens trobem davant d'un augment de la patologia oncològica i no oncològica. (6) Els pacients oncològics, especialment aquells amb una malaltia avançada, degut a la història natural de la malaltia, la teràpia anticancerígena i/o la falta de control dels símptomes, poden presentar complicacions o deteriorament significatiu en la seva condició clínica que requereixi atenció d'emergència. Així doncs, aquesta acció és una part clau de l'atenció integral amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i alleugerir el patiment. (7)

L'atenció al malalt terminal oncològic i no oncològic ha rebut en els últims anys una aposta clara dintre dels sistemes sanitaris per oferir una resposta professional, científica, humana i coordinada entre els diferents recursos i nivells assistencials; adaptant-se a les necessitats del pacient en situació terminal, a la seva família i/o persones cuidadores. Una actuació coordinada comprèn la sistematització dels recursos convencionals (atenció primària i especialitzada), dels recursos d'atenció urgent i dels recursos avançats de cures pal·liatives, en la cerca d'una atenció de qualitat al final de la vida. (8)

Els coneixements de les circumstàncies de la defunció permet dilucidar quines haurien d'haver-se produït en altres àmbits assistencials més apropiats que el servei d'urgències. Amb això, seria possible millorar els circuits de suport assistencial a pacients terminals i en els últims dies de vida. L'elevat percentatge

de pacients que van morir com a conseqüència d'una malaltia terminal (17% en els serveis d'urgències del nostre país), comporta la necessitat d'adquirir coneixements sobre les cures al final de la vida per part dels metges i infermeres que atenen a aquests pacients. (4)

Els pacients en situació avançada i terminal presenten una alta necessitat i demanda assistencial amb implicació de tots els nivells assistencials del sistema de salut. El 25% de totes les hospitalitzacions corresponen a pacients en el seu últim any de vida, presentant a més costos molt elevats. Per diverses raons, entres les que destaca una orientació predominantment curativa de la medicina actual i una limitada formació en cures pal·liatives, l'atenció estàndard rebuda pels pacients en fase terminal no aconsegueix el grau de desenvolupament necessari. (3)

Síntomes i urgències pal·liatives més freqüents

Diversos estudis realitzats en el nostre medi han mostrat la presència de símptomes múltiples, multifactorials i canviants durant la fase avançada i terminal, en ocasions amb una valoració i control deficient. Encara que, en general, l'astènia i el dolor són els símptomes més freqüents, la mitjana d'aquests, presents en els pacients en fase terminal és de 8 a 10. (3)

L'impacte emocional, la preocupació i/o el patiment de la persona són també elements clarament distintius de la situació i tenen una evolució oscil·lant sovint descompensada. Els pacients presenten habitualment nivells alts de distrés emocional, on el seu reconeixement i tractament pot ser difícil. En un estudi recent es va trobar que els dos motius més freqüents de derivació de pacients eren la simptomatologia depressiva i l'ansiosa, i el motiu de derivació de familiars era el problema de comunicació o conspiració del silenci. (3)

En els últims anys estem vivint un progressiu augment en la prevalença del càncer. Els pacients oncològics terminals presenten al llarg de la seva malaltia, dolor i altres símptomes físics i psíquics que amb freqüència són motiu de sol·licitud d'atenció a través dels SUH. (2) Aquests poden presentar complicacions urgents mèdiques o quirúrgiques relacionades amb el seu tumor

primari, les metàstasis o els efectes sistèmics del tumor. També poden patir urgències no oncològiques, com hemorràgies digestives o infarts de miocardi. En els últims anys han aparegut tractaments antitumorals amb mecanismes d'acció diferents a la quimioteràpia clàssica i amb toxicitats diferents i específiques. La tendència actual és tractar amb quimioteràpia o radioteràpia pacients més ancians o amb comorbiditat associada, pel que són més susceptibles de desenvolupar complicacions. (9)

El pacient oncològic terminal sol presentar astènia, anorèxia, dolor i debilitat. Aquesta evidència s'ha obtingut sobre tot de pacients en les últimes etapes de la malaltia. Segons un estudi descriptiu fet de forma prospectiva entre octubre del 2007 i març del 2008, després de la valoració inicial per part del metge oncòleg, els símptomes més freqüents van ser els que es mostren en la taula 1. (9)

Taula 1. *Motius de consulta en el servei d'urgències*

	Casos	Porcentaje (%)
Fiebre	46	18,3
Dolor relacionado con el tumor	39	15,5
Disnea	36	14,3
Náuseas-vómitos	28	11,2
Clínica neurológica	22	8,8
Abdomen agudo	22	8,8
Deterioro general	15	6,0
Abdomen agudo	22	8,8
Deterioro general	15	6,0
Hemorragia	13	5,2
Lesiones cutáneas	6	2,4
Tos	4	1,6
Otros	24	8,0
Total	251	100

Font: *Ferrer Pérez et al., 2009*

Referent a la simptomatologia típica la insuficiència respiratòria té com a signes més rellevants: la cianosis, la disminució del nivell de consciència, l'augment de la freqüència respiratòria, l'ús de la musculatura accessòria, el tiratge i l'estridor.

Anomenem dispnea terminal a la dispnea multifactorial i refractària que es presenta en l'agonia. Sol aparèixer en pacients amb un compromís respiratori previ que experimenten la sensació de que moriran asfixiats. (10)

La hipercalcèmia és la complicació metabòlica més freqüent i potencialment més greu que poden presentar els pacients amb càncer avançat amb metàstasis òssies o sense elles. La clínica es manifesta mitjançant debilitat progressiva, obnubilació i alteracions de la conducta. També sol presentar anorèxia i nàusees i un progressiu empitjorament fins el coma. Molts d'aquests símptomes són comuns en qualsevol malaltia oncològica avançada, per tant, abans d'atribuir el quadre a la progressió de la malaltia es farà una analítica. Sempre s'haurà de pensar en la hipercalcèmia, com una de les possibles causes de delírium en el pacient terminal. La hipercalcèmia suposa un factor de mal pronòstic amb un augment de la mortalitat en pocs mesos. (10)

El síndrome de compressió medul·lar es dona en un 5-10% de pacients amb metàstasis òssies i és una emergència mèdica en qualsevol fase de la malaltia. S'ha de tractar immediatament, perquè un cop instaurada, la seva evolució pot ser molt ràpida i desencadenar a una paraparèsia o una paraplegia.

El dolor és el símptoma inicial i empitjora amb el decúbit, per tant és fonamental la sospita clínica del quadre, en tots els pacients oncològics que presentin mal d'esquena. (10)

Una situació especial que pot presentar la família del pacient és la claudicació familiar. Aquesta és la sensació que té la família de no poder seguir atenent a la persona quan s'ha arribat a l'esgotament psíquic o físic. La claudicació familiar és un diagnòstic i com a tal ha de quedar reflectit en la història clínica. Es sol formular en forma de petició d'ingrés hospitalari pel que devem ser capaços de constatar que la família ho estava fent bé fins aquest moment i que ara no es veuen amb possibilitats de seguir fent-lo a través de bloquejos emocionals, hostilitat o agressivitat per part dels cuidadors al pacient i l'equip. (10)

Per comprendre millor la claudicació familiar i moltes de les trucades rebudes pels serveis d'urgències, és recomanable conèixer alguns aspectes bàsics de l'ansietat. Els símptomes i signes de l'ansietat afecten a la persona de forma global: apareixen pensaments irracionals, hiperactivitat, irritabilitat, etc. Amb

canvis en el ritme cardíac i la respiració, etc. Aquesta ansietat patològica es manifesta en els trastorns d'ansietat. (10)

S'estima que més de la meitat de les persones que moren cada any a Espanya travessen una etapa avançada i terminal. La resposta adequada a les múltiples necessitats físiques, emocionals, socials i espirituals de cada un dels pacients i els seu essers estimats suposa un important repte pel sistema de salut. (3)

Recursos assistencials en Cures Pal·liatives existents a Catalunya

En el sistema sanitari català, l'atenció al final de la vida es realitza a tota la xarxa sanitària, incloent els serveis convencionals de la xarxa d'atenció primària, de la sociosanitària i de la xarxa d'atenció hospitalària. Tot i això, els recursos específics de cures pal·liatives s'inclouen en la cartera de serveis sociosanitària. Segons el Pla director sociosanitari del Departament de Salut, les principals característiques dels serveis sociosanitaris de cures pal·liatives són: (11)

- Programa d'atenció domiciliària equips de suport (PADES). Donen suport a l'atenció primària en casos complexos a domicili.
- Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS). Treballen en els diferents serveis de l'hospital d'aguts donant suport en la valoració i control de població geriàtrica i persones amb malaltia avançada i terminal.
- Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA). Fan visites per consulta d'avaluació integral i seguiment especialitzat i també avaluacions interdisciplinàries.
- Hospital de dia. Són serveis per a persones que requereixen mesures integrals de recolzament, rehabilitació, tractament o diagnòstic i seguiment especialitzat en règim ambulatori diürn.
- Unitats de cures pal·liatives. Són serveis d'hospitalització per a persones que necessiten tractaments continuats.
- Unitats de mitja estada polivalent. Són unitats sociosanitàries d'hospitalització ubicades en territoris en els que per la seva dimensió i

critèris de planificació, segons el número d'habitants, no justifica que hi hagin unitats específiques de convallescència ni cures pal·liatives.

- Equip mixt de cures pal·liatives infantil. Ubicats en centres hospitalaris monogràfics infantils.
- Recurs privat de cures pal·liatives. Equips assistencials en centres de titularitat privada.
- Recurs específic no assistencial de cures pal·liatives. No ofereixen assistència sanitària però fan activitats de gestió, recerca, formació i/o docència.

A Catalunya s'han identificat 61 recursos, dels quals 43 han sigut classificats segons els criteris del Directori SECPAL 2015. Per tipologia s'han identificat 24 Equips Bàsics de CP (EBCP), 6 Equips Complets de CP (ECCP), 5 Unitats Bàsiques de CP (UBCP), 7 Unitats Completes de CP (UCCP), 1 Equip Bàsic de CP Pediàtric (EBCPP), i 18 recursos que no han sigut classificats perquè els hi falta complir algun criteri (principalment referits a la falta de dedicació i formació). Respecte al nombre de professionals (tenint en compte el total de recursos), s'ha identificat un total de 422 professionals: 116 metges (27'5%), 200 infermeres (47'4%), 48 psicòlegs (11'4%) i 58 treballadors socials (13'7%). A Catalunya hi hauria 1 metge per 64.125 habitants, 1 infermera per 37.541 habitants, 1 psicòleg per 156.419 habitants i 1 treballador social per 129.450 habitants. (5)

Al considerar l'àmbit assignat d'atenció (ja sigui hospital, domicili o centre sociosanitari), el 65% dels recursos ofereixen els seus serveis a l'hospital, seguit del domicili (63'7%) i els centres sociosanitaris (54'2%). Els EBCP, ECCP, UBCP, UCCP, EBCPP i ECCPP ofereixen atenció en tots els àmbits. Tenint en compte que alguns equips de cures pal·liatives proporcionen atenció en diferents àmbits, pot resultar difícil i poc esclaridor l'establiment dels límits entre la prioritat entre un o altre àmbit d'atenció. En general, una atenció adequada en CP advoca la importància i el repte que tenen els sistemes sanitaris de proveir una atenció concorde a les necessitats i a les preferències personals en l'elecció del lloc de les cures. S'ha de tenir present que el domicili és el lloc preferit d'atenció per a la gran majoria de persones i familiars, ja que són ambients que proporcionen familiaritat, confort, privacitat i rutines normals que altres àmbits no poden aportar. Uns serveis de cures pal·liatives eficaços són aquells que s'integren en

el sistema de salut existent a tots els nivells de la seva prestació, especialment els de base comunitària i domiciliària. (5)

Tenint en compte la totalitat dels recursos i a l'analitzar les funcions que realitzen, la majoria realitza funcions d'atenció directa, suport, consulta telefònica, docència a altres nivells, interconsulta, coordinació i gestió de casos. (5)

La correcta identificació i coneixement de les accions i funcions portades a terme pels recursos de CP és fonamental per promoure una atenció oportuna, continuada, coordinada i de qualitat en el Sistema Nacional Sanitari. No obstant això, la identificació suposa només un primer element, lo ideal és la creació i l'ús de protocols de comunicació directa entre nivells assistencials implicats en l'atenció dels pacients. (5)

Referent a l'organització, la majoria dels recursos afirmen utilitzar la història clínica, on registren les activitats de visites, trucades de seguiment, coordinació, suport e interconsulta. Els principals avantatges del seu ús són la eficiència a l'hora de gestionar equips i la millora en la gestió de malalties (permet disposar d'informació en temps real el que indubtablement millora la presa de decisions assistencials). A més afavoreix la col·laboració e interacció entre professionals de diferents àmbits. Es necessari recordar la importància del registre de totes les accions dutes a terme pels equips per poder conèixer quina ha sigut la línia d'atenció seguida en cada pacient. (5)

Segons la SECPAL a Espanya els 96'1% dels recursos tenen definit al menys un criteri d'actuació per escrit, però no estan definits per escrit els criteris d'alta, de complexitat i de derivació. Els mecanismes de coordinació i vies de comunicació amb altres nivells, departaments i serveis assistencials són poc o gens definits en el 38'7% dels recursos. La falta d'aquests criteris dificulta la derivació, homogeneïtzació de l'atenció en els pacients i la presa de decisions que podria tendir a grans variacions segons la valoració subjectiva de cada professional. (5)

Actuació en Cures Pal·liatives al Servei d'Urgències

Els pacients amb malalties avançades e irreversibles ingressen freqüentment en els serveis d'urgències hospitalaris en els últims mesos de vida, segons l'anàlisi de Metola Gómez i col·laboradors entre un 23-46%. (12)

Les causes són múltiples: major longevitat de la població; major prevalença de les patologies cròniques amb la seva gran complexitat (polifarmàcia, deteriorament funcional lent i progressiu, risc de caigudes, necessitat d'institucionalització, etc.); falta de recolzament sanitari i un accés lliure a qualsevol hora que ajudi a la família a enfrontar-se a la simptomatologia múltiple i canviant; lenta implementació de les unitats d'assistència domiciliaria; percepció actual de la mort en la societat com un fracàs i poca acceptació social de la mort en el domicili. (12)

Els serveis d'urgències no són els més adequats per atendre als pacients pal·liatius, en moltes ocasions al final de la vida: es valoren molts pacients de forma simultània amb una gran carga assistencial i un ràpid ritme de treball, existeix un espai restringit per a la valoració dels pacients, la pressa de decisions resulta complexa o pot ser controvertida (moment, temps i lloc inadequat), es desconeixen els valors i voluntats dels pacients, els objectius del pacient i la família solen ser el manteniment de la vida de qualsevol forma o rebre tractaments que perllonguin la supervivència, etc. Tot això es deriva en una atenció inadequada, aplicant-se mesures pal·liatives només en el 25% dels pacients, percebent-se un mal control del dolor i altres símptomes en persones en situació d'últims dies. (12)

Es realitzen poques derivacions des d'un SUH a un Equip de Suport Hospitalari Pal·liatiu (ESHP) de pacients en probable situació d'últims dies, a expenses fonamentalment de pacients oncològics. Els pacients que moren i són atesos per professionals d'urgències són sotmesos a més proves diagnòstiques i invasives que els pacients atesos per l'ESHP. (12)

L'atenció d'aquests pacients en situacions d'urgència, genera als professionals dubtes morals en la pressa de decisions, ja que en moltes ocasions no es disposa d'una informació completa, ni de voluntats prèvies. (12)

En el servei d'urgències hi ha poques possibilitats de personalització: ni l'espai ni l'ambient són propicis per establir bons diàlegs. Sovint no hi ha temps per conèixer a la persona ni, sospesar la conveniència d'una possible no actuació o una limitació. En cas de dubte s'opta per una actuació estàndard; encara que sempre s'hauria de preveure que, si es demostra més endavant la futilitat, s'haurà d'aturar o retirar l'actuació que s'ha començat. (13)

Segons l'article de Iglesias Lepine i Lafuente, a Catalunya, el 54% dels ciutadans moren hospitalitzats i, d'aquest grup un 35% ho fa en els serveis d'urgències hospitalaris. En l'actualitat s'instauren desiguals mesures pal·liatives a pacients oncològics i en menor proporció a pacients amb malalties no malignes, probablement per la disparitat de criteris mèdics entre les múltiples especialitats que integren la vida mèdica d'un pacient. (14)

La comunicació interdisciplinària entre els nivells assistencials i l'adequada informació per l'especialista i/o metge d'atenció primària sobre el procés d'evolució del pacient, haurien d'evitar l'arribada de la majoria dels pacients en els seus últims dies de vida al servei d'urgències quan presenten la mort. (14)

Els pacients amb càncer avançat habitualment demanden només cures pal·liatives, i és freqüent que per obtenir-les accedeixin al sistema sanitari a través del servei d'urgències. Els pacients oncològics requereixen atenció mèdica urgent per molts i diferents motius. (9)

Els símptomes amb febre, dispnea o dolor poden ser la manifestació clínica d'una situació d'emergència vital. No obstant això, moltes vegades aquestes queixes no representen una amenaça per a la vida d'aquests pacients, però si empitjoren la seva qualitat de vida i són els motius més freqüents pels quals demanden atenció urgent. La identificació i el maneig d'aquestes circumstàncies en els serveis d'urgències és una qüestió important degut a l'augment del número de pacients pal·liatius i a la patologia urgent que pot existir al darrere. (9)

Els adults amb malalties cròniques freqüentment visiten un servei d'urgències diverses vegades en el seu últim any de vida. Un estudi de pacients majors de 65 anys per Smith i col·laboradors, va revelar que el 75% va visitar un servei d'urgències en els últims 6 mesos de vida i el 51% en l'últim mes, molts amb visites repetides. (15)

La transició de la curació dels símptomes no curatius pot canviar en gran mesura la trajectòria hospitalària de l'atenció. Aquesta és l'oportunitat d'iniciar noves metes d'atenció que poden canviar els plans futurs. La investigació recolza l'atenció pal·liativa primerenca en els serveis d'urgències per millorar la qualitat de vida així com per reduir costos que es poden haver associat amb tractaments alterns. Alguns beneficis addicionals de les intervencions primerenques de cures pal·liatives en el servei d'urgències inclou la gestió dels recursos, la millora de la

satisfacció dels pacients i la seva família, millors resultats, disminució de la duració de l'estància, menys ús d'unitats de cures intensives i menor cost, i major consulta directa adequada. (15)

A Catalunya no hi ha un protocol establert sobre l'actuació en el servei d'urgències de cures pal·liatives. L'institut Català de la Salut proporciona una guia de pràctica clínica sobre cures pal·liatives però sense especificar l'actuació en els diferents recursos.

Les Comunitats Autònomes que si disposen d'aquest protocol són la Comunitat Valenciana, que ha elaborat un *Pla d'assistència en urgències a pacients en les últimes hores de vida* amb la finalitat d'aportar als professionals d'aquest servei les eines suficients per afrontar, segons l'organització i les possibilitats de l'hospital, l'assistència als pacients en situació d'últims dies. I la Comunitat Autònoma de Madrid, que ha elaborat un *Manual para el Manejo del Paciente en Cuidados Paliativos en Urgencias Extrahospitalarias* amb l'objectiu de facilitar l'assistència als pacients en situació terminal, proporcionant als professionals una eina de consulta de fàcil maneig i adaptada al seu medi de treball.

A diferència dels anteriors, diversos hospitals de grans ciutats tenen creats protocols per ser utilitzats als serveis d'urgències i dintre d'aquests especifiquen l'assistència en les cures pal·liatives, com és el cas del *Manual de protocolos y actuación en urgencias* de l'Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Quina formació es dona en Cures Pal·liatives?

És fonamental tenir uns coneixements adequats en cures pal·liatives per no caure en l'error de tractar als pacients que estan en situació d'agonia com si es fossin a recuperar amb una acceptable qualitat de vida. Encara que els pacients inclosos en un programa de cures pal·liatives no s'haurien de considerar com una urgència vital quan acudeixen a urgències, ja que la majoria de demandes de consulta són per alleugerir els símptomes, si precisen d'una atenció ràpida i prioritària per garantir el màxim confort. (12)

Des de fa uns anys existeix una major evidència de que una atenció sanitària especialitzada en cures pal·liatives a urgències a pacients subsidiaris de rebre'ls, és beneficiós per a ells i les seves famílies. D'aquesta forma es poden redefinir i reorganitzar les cures de la persona des d'aquell moment cap endavant, en funció de la seva situació clínica, psicològica i sociofamiliar, respectant les seves decisions i valors, treballant de forma coordinada amb equips domiciliaris o hospitalaris de cures pal·liatives i evitant ingressos innecessaris. (12)

L'augment de la demanda dels pacients amb malalties avançades i irreversibles, porta a la necessitat d'adquirir coneixements i formació en cures pal·liatives per part dels professionals de la salut. Un exemple és el projecte nord-americà Education in Palliative and End-of-life Care for Emergency Medicine (EPEC-EM). Aquest projecte va ser creat per ensenyar les competències clíniques essencials en cures pal·liatives a professionals d'urgències, instruint-los en habilitats molt variades: organització de cures pal·liatives en urgències, comunicació de males notícies; abordatge de necessitats psicològiques, espirituals i socials; tractar temes de voluntats anticipades, estimar unes trajectòries pronòstiques per actuar en conseqüència; formació d'altres professionals, etc. (12)

La formació dels professionals és indispensable per prestar unes cures de qualitat, la importància de la formació en cures pal·liatives és àmpliament reconeguda. Dita formació ha de començar en l'ensenyança bàsica, de forma que els professionals aprenguin a conèixer les seves pròpies actituds davant la mort, sabent a més que ajudar als pacients i les seves famílies en el procés de final de vida és part del nostre treball. (16)

La European Association for Palliative Care (EAPC) defineix els nivells de formació en cures pal·liatives: (16)

- Nivell A. Bàsic, formació durant els estudis universitaris i després en aquells professionals que poden atendre a pacients en situació pal·liativa, de forma ocasional.
- Nivell B. Professionals que ho fan habitualment.
- Nivell C. Especialista pels professionals que treballen en unitats de cures pal·liatives.

Segons la SECPAL, a Espanya la formació específica en CP es dona en 40 facultats, però només és obligatòria en 8. S'han identificat 3 Màsters amb títol oficial i 7 Màsters amb títol propi. La majoria de recursos imparteixen o coordinen cursos bàsics (0-40 hores), seguit de ponències i de tallers (Figura 1). Són menors el número de recursos que desenvolupen cursos avançats (140-300 hores). (16)



Figura 1. Percentatge de recursos que participen en accions formatives per tipologia.
Font: SECPAL, 2016

Segons un article de la revista *Medicina Pal·liativa* de l'any 2013 es van revisar un total de 112 plans d'estudis d'universitats d'infermeria espanyoles amb formació en grau. Totes elles tenen competències en cures pal·liatives però existeixen diferències importants en com les imparteixen. En 71 d'elles (63'39%), està present l'assignatura de CP, però només en 55 és obligatòria i en les altres l'assignatura s'imparteix com optativa. En 41 (36'60%) no està present l'assignatura però dediquen algun mòdul dintre d'una altra assignatura. (16)

Segons les dades obtingudes podem afirmar que totes les universitats espanyoles tenen entre els seus objectius i competències les cures pal·liatives, però existeixen diferències significatives en com les imparteixen: mòduls, optatius o obligatoris. Hi ha comunitats en que algunes de les seves universitats imparteixen l'assignatura i altres no. Això demostra que tampoc existeix una

unificació en quant a la formació dintre de les mateixes autonomies. La European Association for Palliative Care i la SECPAL recomanen la obligatorietat de la formació en cures pal·liatives en les universitats. El desenvolupament de nous plans d'estudis, com ocorre en l'actualitat, proporciona una oportunitat ideal per integrar e incorporar el contingut de CP en el grau d'infermeria. (16)

Respecte a la formació dels professionals, és indubtable que existeix una gran necessitat de formació avançada (principalment en les infermeres, el 27% té una formació que supera les 300 hores). És primordial, en conseqüència, que des dels recursos s'estableixin plans formatius continus i que es mantingui com a criteri de qualitat dels recursos de formació al menys 140 hores per metges i infermeres. (5)

La OMS prioritza les cures pal·liatives e insisteix en la importància d'instaurar programes de formació per metges, infermeres i altres professionals en el tractament del dolor i sobre aquestes cures. (17)

Segons el Ministeri de Sanitat i Consum en una revisió sistemàtica recent sobre intervencions de formació en CP, senyala que encara que el tema no està suficientment estudiat sembla existir una millora en els coneixements i habilitats quan s'utilitzen aproximacions multifacètiques (cursos presencials, grups de discussió, autoritzacions, autoformació, etc.) (3)

Malgrat tot, sempre hi haurà pacients pal·liatius que es traslladin perquè el pronòstic no s'havia establert bé o perquè un símptoma és molt pertorbador. De manera que, la formació dels professionals que treballen a urgències hauria d'incloure, en gran part, la preparació per ajudar a morir al les persones amb totes aquestes característiques. Han de poder analitzar la situació i estar preparats per tractar el dolor i el patiment, saber proposar i efectuar la limitació del tractament i administrar la sedació quan es cregui indicada i d'una manera correcta. També han d'aprendre a no fer determinades actuacions, o a reduir les que es fan quan sigui convenient. (13)

Quina és la funció de la infermera en les Cures Pal·liatives?

La infermera és el membre de l'equip de professionals de la salut més pròxim i en estret contacte amb l'individu i el seu nucli familiar; sobre tot, en fase de malaltia, i per tant ha d'assumir també les cures que es precisen al final de la vida. (18)

El repte de la infermera en cures pal·liatives està en participar en el control de símptomes, assegurar el respecte per l'autonomia i els drets de la persona, oferir acompanyament, respectar els valors i estils de vida, atendre la singularitat, perseguir el benestar, la qualitat de vida, la continuïtat de les cures, i el treball en equip, com aspectes inherents de la cura professional. (18)

La qualitat de les intervencions infermeres exigeix profunditzar en les cures individualitzades definides en els termes propis de la persona, especialment quan la malaltia és persistent. Pel desenvolupament d'aquesta pràctica clínica, segons un article de Codorniu i col·laboradors, es requereix coneixement en tecnologia sanitària, en ètica clínica, en relacions interpersonals, en l'avaluació de la satisfacció i en el treball interdisciplinar. Aquestes circumstàncies fan necessària una definició precisa de les competències infermeres per: identificar el seu rol professional en organitzacions amb clara tendència multidisciplinar, i per proporcionar unes cures expertes, integrals, personalitzades i de qualitat, que s'ajustin a les necessitats i expectatives canviants de la societat. (18)

La cura dels pacients en procés de morir segons un estudi de Lopera-Betancur, significa per a les infermeres una obligació que han d'assumir amb les poques eines obtingudes durant l'educació; davant d'això construeixen significats d'abandonament, desempament, patiment, necessitat d'ocultar les emocions, vulnerabilitat en la seva salut mental, desgast i por. (19)

L'interès de la cura infermera en CP es centra en totes les dimensions del pacient com a persona, entenent que aquesta té unes necessitats individuals, concretes i específiques, en continu canvi i evolució. S'ha de considerar el treball en equip interdisciplinar com una qüestió de coresponsabilitat a la pròpia professió, a les altres disciplines implicades i als pacients i famílies que s'atenen. Part d'aquestes cures inclouen un conjunt de comportaments basats en la compassió, la

preocupació, l'afecte, el compromís, el ser curós i estar atent als detalls, el respondre amb sensibilitat, l'escolta activa, etc. Aquesta dimensió de la cura que, segons apunten Collière i Alberdi, de vegades resulta invisible, configura l'essència de l'acompanyament, capacita a la infermera per apreciar la magnitud del patiment de cada individu que atén, i li proporciona informació de valor per oferir els serveis assistencials individuals necessaris per ajudar al pacient i a la seva família a afrontar tant els problemes reals com potencials. (18)

En quins aspectes haurien de formar-se els infermers per atendre unes Cures Pal·liatives de qualitat?

El maneig pal·liatiu ha de ser guiat per una avaluació completa de les necessitats biopsicosocials, determinant així el maneig més apropiat del pacient al final de la vida. (20)

Qualsevol estratègia relacionada amb les cures pal·liatives tindrà, entre els seus objectius més importants: que el pacient apreciï el fet de la mort com un procés conseqüent de la vida; que compregui la importància de no accelerar ni tractar de fugir inútilment de la empremta que significa la mort natural; proporcionar alleujament del dolor i altres símptomes que angoixin a la persona; tractar de que s'integrin en el seu entorn els aspectes socials, psicològics i espirituals; oferir un sistema de suport i recolzament que li permeti viure el més activament possible, contribuir a que la família afronti la malaltia de l'individu afectat i el seu dol per aquest motiu. (17)

La primera actuació que s'ha de portar a terme quan el pacient arriba al SUH és transmetre tranquil·litat i seguretat per afermar el grau de confiança. Si el pacient està somnolent, valorar el llenguatge no verbal per detectar el dolor o l'agitació i, si està conscient, ell mateix marcarà les seves pròpies necessitats. La segona actuació és ajustar el tractament farmacològic. Per això s'han d'utilitzar fàrmacs d'eficàcia demostrada a dosis adequades, amb pautes senzilles i fixes que controlin els símptomes que produeixen desconfort. I tercer, s'ha de valorar escrupolosament la idoneïtat de la realització de proves diagnòstiques, sobre tot

si exigeixen desplaçaments i mobilitzacions. Els professionals d'urgències han de comprendre que l'èxit en el tractament del pacient no sempre és mantenir-lo amb vida a tota costa, si no que en ocasions la millor assistència és brindar-li la possibilitat de morir amb dignitat, amb una assistència pal·liativa de qualitat respectuosa amb els seus valors i creences. (14)

Un altre factor important pel personal del SUH seria conèixer i manejar les toxicitats específiques dels nous fàrmacs utilitzats en quimioteràpia per millorar el maneig clínic dels pacients oncològics pal·liatius. La majoria dels pacients que acudeixen al SUH precisen ingrés hospitalari. Aquest fet pot demostrar la severitat de la patologia aguda o la complexitat del maneig dels símptomes en aquests pacients. (9)

L'Estratègia en Cures Pal·liatives que s'emmarca en el Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, destaca entre els seus objectius fomentar l'aplicació dels principis bioètics i la participació del pacient en el seu procés d'acord amb els principis, valors i continguts de la Llei d'Autonomia del Pacient i de la legislació vigent en les diverses Comunitats Autònomes. La inclusió de mesures generals sobre atenció al final de la vida en els serveis sanitaris i l'accés a equips de cures pal·liatives per a pacients i famílies en situació de complexitat és un dret per a aquestes persones. (3)

Un objectiu específic és informar als pacients periòdicament de les mesures que es prenen, dels resultats de les exploracions i de l'evolució de la malaltia, d'acord a les seves necessitats i preferències. S'ha d'informar de qualsevol decisió al pacient o a les famílies, encara que es comencin de seguida les mesures de confort i de lluita contra el dolor i el patiment. En la història clínic del pacient hauria d'existir un apartat específic on consti el procés d'informació al pacient, així com els seus desitjos expressats en relació amb la cura, lloc de preferència de la mort i aquells altres relacionats amb els objectius específics perseguits. (3)

El procés d'informació es realitzarà de forma progressiva, en un lloc adequat, cuidant els aspectes psicològics, emocionals i existencials. El procés serà assessorat o supervisat per un professional amb experiència. A l'hora de realitzar aquest procés ens podem trobar amb un inconvenient propi d'urgències, i és que els professionals que treballen no tenen vincles prèviament establerts amb la

persona i els seus familiars, el que fa delicada la comunicació de les decisions que s'han de prendre. (3)

Referent al consentiment informat, també fa falta abans d'una actuació, encara que en aquest context en principi hauria de ser oral. Com a professional de la salut més proper al pacient hem de facilitar la presa de decisions davant de dilemes ètics al final de la vida (limitació de l'esforç terapèutic, alimentació e hidratació, sedació, etc.) tenint en compte els valors del pacient, els protocols i/o les recomanacions ètiques i guies de pràctica clínica existents. Sempre s'ha de parlar del que es convé fer i deixar clar quin és el millor objectiu per a la persona. S'ha d'explicar que es proposa a partir d'aquell moment i, sense posar un pes excessiu en la seva decisió, demanant al familiar que expressi la seva opinió o voluntat. (3)

Si se sap que la persona ha redactat un Document de Voluntats Anticipades (DVA), s'ha de tenir en compte i accedir a aquest. Tot pacient té dret a rebutjar qualsevol tractament, inclòs urgent i vital per a ell, si és legalment capaç. Si la decisió sembla poc raonable, convé assegurar-se de que l'hagi pres lliurement, de que la seva competència per prendre-la sigui suficient i de si està ben informat de les alternatives i de les conseqüències que comporta. Pel que fa a l'espai físic, és oportú col·locar a la persona en un lloc tan íntim com sigui possible, on la família pugui acompanyar-la, lluny de sorolls, d'anades i tornades i de converses inadequades de l'equip sanitari. (3)(13)

El professional ha de ser competent amb qualitat humana i sentit comú, ha de tenir capacitat per a la comunicació i ha de ser capaç d'ajudar al pacient a enfrontar-se a la seva mort. Hem de promoure la humanització de l'assistència en els aspectes tècnics i relacionals per tractar a la persona com esser humà, realitzant unes cures individualitzades, ja que cada persona és única e irrepètible. (2)

HIPOTESIS

S'ha de reforçar el procés d'actuació i derivació d'un pacient pal·liatiu a una unitat específica des del servei d'urgències i millorar la formació dels professionals sanitaris en aquest àmbit.

OBJECTIUS

Objectiu principal

Conèixer si el servei d'urgències és un lloc apropiat per atendre a les persones que requereixen cures pal·liatives.

Objectius secundaris

- Conèixer si la derivació a una unitat de cures pal·liatives és la millor actuació per als pacients pal·liatius i els seus familiars.
- Analitzar l'assistència que es dona a un pacient pal·liatiu en el servei d'urgències.

METODOLOGIA

S'ha realitzat una revisió bibliogràfica en diverses bases de dades durant els mesos de setembre del 2016 fins al febrer del 2017.

La recerca ha estat elaborada de forma exhaustiva, analitzant cada document i seleccionant la informació més rellevant.

Les **bases de dades** consultades han estat: ScienceDirect, Medline Pubmed, CINAHL, Scielo i Dialnet.

Per realitzar la cerca en les bases de dades s'han utilitzat les següents **paraules clau** amb els operadors booleans AND i OR:

- ◆ En anglès: emergency departments, end-of-life care, dying
- ◆ En castellà: cuidados paliativos, cuidados terminales, servicio de urgencias, urgencias hospitalarias, atención domiciliaria

Les paraules clau en anglès han estat verificades com a termes genèrics de MeSH (Medical Subject Headings). Les paraules clau s'han utilitzat en castellà i no en català perquè hi ha major disponibilitat i varietat de documents. La única paraula clau en castellà que ha estat verificada com a terme DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) és "cuidados paliativos".

Els **criteris d'inclusió** utilitzats han estat els següents:

- Centrat en cures pal·liatives dintre del servei d'urgències
- Informació publicada entre el 2007 i 2017
- Llengua anglesa i castellana

Els **criteris d'exclusió** utilitzats han estat els següents:

- No menció del tracte de cures pal·liatives, ni simptomatologia d'una patologia terminal
- Centrat només en un grup de professionals de la salut
- Informació publicada abans del 2007
- Carta al director i opinions

En un inici la cerca de la informació es feia amb data de publicació dels articles dels últims 6-8 anys, però hi va haver la necessitat d'ampliar-la a 10 anys.

Seguidament s'explica com s'ha dut a terme la cerca bibliogràfica en cada base de dades:

En la cerca d'articles de la base de dades Dialnet s'han utilitzat les paraules clau "cuidados terminales", "urgencias hospitalarias" i "servicio de urgencias" amb els operadors booleans AND i OR, i el filtre de rang d'anys entre 2007-2017, obtenint 9 articles. Revisant i analitzant el contingut de cadascun s'han exclòs 7 articles per no fer referència al servei d'urgències ni als professionals sanitaris, i s'han acceptat 2. En la següent cerca s'han utilitzat les paraules clau "cuidados paliativos" i "atención domiciliaria" amb l'operador booleà AND i el filtre d'any de publicació, obtenint 39 articles. S'han exclòs 23 articles per no fer referència sobre el servei d'urgències i parlar de programes en l'atenció primària, i finalment s'ha acceptat 1 (Figura 2).

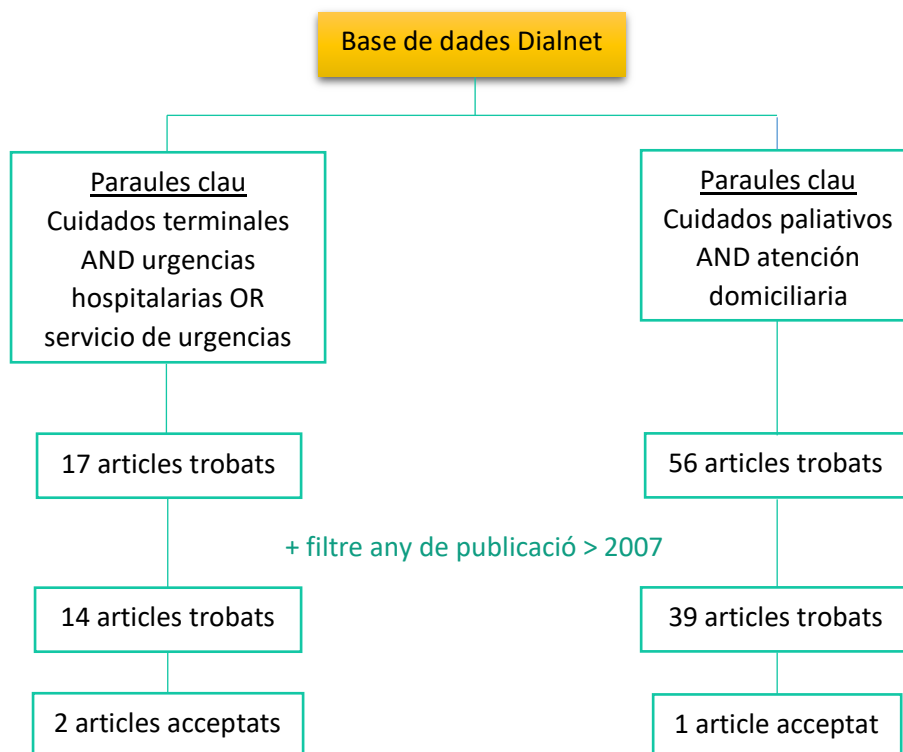


Figura 2. Cerca realitzada a Dialnet

En la cerca d'articles a la base de dades de ScienceDirect s'han utilitzat les paraules clau “cuidados paliativos” i “urgencias hospitalarias” amb l'operador booleà AND. En un inici s'han trobat 367 articles, però aplicant el filtre de “year” a partir del 2007 i el filtre de “publication title” que inclou – Medicina Clínica, Medicina Paliativa, Revista Clínica Española, Nursing (Ed. española), Enfermería Clínica, Formación Médica Continuada en Atención Primària, Revista de Calidad Asistencial, Enfermería Universitaria i Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, la cerca s'ha quedat en 103 articles. Revisant els títols i resums dels articles finalment s'han acceptat 3 (Figura 3). La resta s'han exclòs per no parlar de derivacions a unitats específiques des d'un servei d'urgències, parlar només de la part ètica i per fer referència a les persones cuidadores (Figura 3).

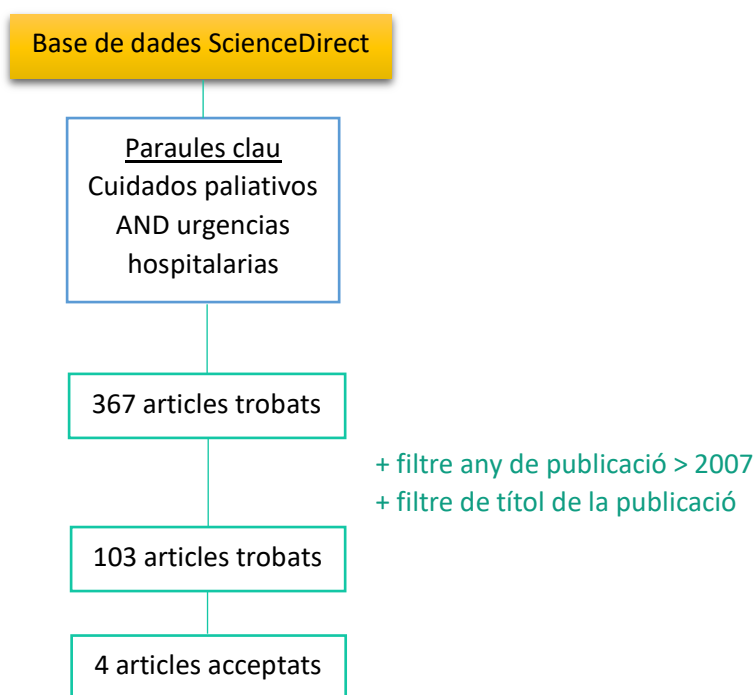


Figura 3. Cerca realitzada a ScienceDirect

En la cerca d'articles a la base de dades de PubMed s'han utilitzat les paraules clau verificades com a termes MesH “emergency department” i “end of life care” i la paraula clau “dying”, que no esta inclosa com a terme MesH però ha sigut necessària per realitzar la cerca d'un article en concret, amb l'operador booleà AND. A l'inici s'han trobat 156 articles que s'han reduït a 97 utilitzant el filtre de “publication dates – 10 years” i el filtre de “species – humans”, dels quals analitzant els títols, resum i contingut s'han acceptat 2 d'ells (Figura 4). La resta s'han exclòs per no fer referència al servei d'urgències, a pacients amb una malaltia avançada en estat terminal i no parlar sobre la derivació a una unitat específica de cures pal·liatives.

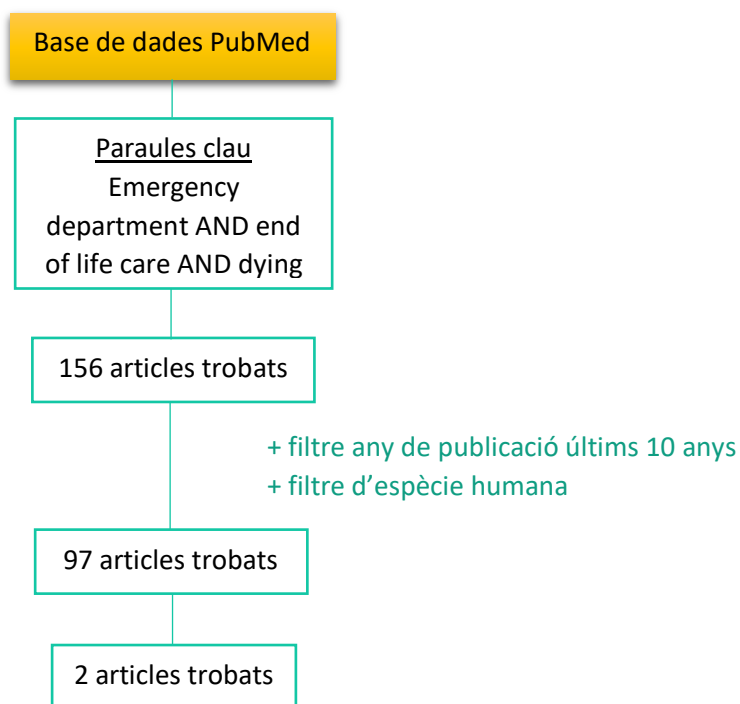


Figura 4. Cerca realitzada a PubMed

Els articles trobats en les bases de dades CINAHL i Scielo han estat cercats amb les mateixes paraules clau. A l'hora d'analitzar-los no han resultat rellevants, ja que molts parlen d'un col·lectiu específic de professionals de la salut, i fan referència a la unitat de cures intensives i no al servei d'urgències. Referent a la base de dades Scielo la disponibilitat d'articles és escassa. Per tant, no s'han inclòs dintre de la metodologia.

RESULTATS

Els articles escollits per realitzar la revisió bibliogràfica són una cerca dels últims deu anys, i tots fan referència a la importància de la derivació a un servei de cures pal·liatives per millorar la qualitat de vida dels pacients en situació d'últims dies.

A continuació es presenta un resum dels 9 articles escollits i posteriorment una taula ordenada per any de publicació amb la informació més rellevant de cadascun d'ells:



Ruiz Fernàndez et al. realitza un estudi multicèntric de disseny qualitatiu i enfoc fenomenològic que tracta de conèixer el significat que ha tingut pels familiars, mitjançant el discurs dels cuidadors, l'experiència viscuda en el procés de la mort. (21)

L'objectiu d'aquest estudi és identificar quines han sigut les principals limitacions i dificultats en l'accés als recursos socio-sanitaris que han viscut les persones al final de la vida, a través de les vivències i les percepcions dels cuidadors d'aquests pacients. (21)

Els resultats es van estructurar en quatre apartats, en funció del nivell d'atenció en el que s'ha realitzat l'assistència sanitària. (21)

En l'apartat del "patiment en els serveis d'urgències" s'explica que la majoria de les persones que es troben al final de la vida, principalment malalts oncològics i amb processos crònics, solen ser atesos amb certa assiduitat en aquests serveis degut a l'aparició de simptomatologia refractària produïda per l'evolució de la malaltia i que en ocasions es difícil controlar des de l'atenció domiciliària. (21)

Pels familiars l'atenció rebuda en els serveis d'urgències ha suposat una experiència desagradable, inadequada e innecessària degut a l'existència de protocols molt generals que no tenien en compte el procés de malaltia del seu familiar, el motiu pel qual acudien i pel qual havien de ser atesos malgrat ser persones conegudes amb anys d'evolució de la malaltia i que al final acabaven ingressant en el servei hospitalari d'oncologia o un altre servei específic. (21)

Una queixa que van manifestar els cuidadors és l'absència de llits en serveis generals per a les persones que han precisat ingrés hospitalari. Els familiars perceben aquest dèficit de llits com una eina utilitzada pel professionals per evitar l'ingrés a l'hospital i la derivació a una unitat de cures pal·liatives. (21)

Pel que fa referència a l'apartat "necessitat d'intimitat en el procés de morir" els cuidadors han experimentat en aquests últims moments de la vida de la persona la necessitat d'intimitat i d'acompanyament per part dels seus familiars més propers. El no gaudir d'aquest recurs, amb unes característiques adequades, en un ambient més específic com és una unitat de cures pal·liatives, ho han percebut els cuidadors com un trauma, ja que no han pogut acomiadar-se dels seus familiars com haguessin volgut, ni han pogut manifestar les seves emocions més íntimes. (21)

López Sánchez realitza un estudi observacional on aplica una enquesta validada per avaluar el nivell d'actituds i coneixements en la pràctica mèdica del maneig de pacients de cura pal·liativa. Es van enquestar n= 145 metges dels quals el 51'03% exercien en l'àrea d'urgències, el 40'69% van manifestar haver rebut algun tipus d'entrenament en cures pal·liatives, el 66'9% va tenir accés a serveis de cures pal·liatives per remetre els seus pacients i el 35'17% va acceptar haver remès més de 10 pacients en l'últim any a cures pal·liatives. (20)

L'ítem de l'enquesta amb menor puntuació va ser el de la perspectiva pràctica "Dificultat per establir el pronòstic de pacients amb malalties terminals o, en el seu defecte, malalties limitants per a la vida" seguit de l'ítem en la perspectiva de la idoneïtat "¿Quan creu vostè que és el moment ideal per derivar un pacient amb osteoartritis generalitzada al servei de cures pal·liatives?. (20)

Segons els resultats, existeix dificultat en els metges per establir pronòstic en els pacients amb malalties terminals o limitants per a la vida, això podria motivar als familiars dels pacients a sol·licitar intervencions de sustentació no indicades; independentment de que actuïn o no terapèuticament sobre la malaltia de base o el procés biològic que amenaça la vida del pacient. (20)

Un altre dels punts dèbils detectats en l'enquesta va ser el desconeixement de la indicació apropiada per derivar pacients a cures pal·liatives, en particular en cas d'osteoartritis lo que suggereix l'imperatiu desenvolupament de capacitacions en aquests aspectes. La carga simptomatològica experimentada per aquests pacients és comparable a la que pateixen els pacients amb càncer al final de la vida. (20)

Segons l'article han de realitzar-se capacitacions dirigides a establir pronòstics i millorar la pressa de decisió de remissió al servei de cures pal·liatives.

Les cures pal·liatives són un tipus especial de cures intensives que requereixen un sentit d'urgència, atenció al detall, han de centrar-se en les necessitats del pacient i de la seva família i han de ser biològicament adequades amb poca tecnologia i molt tacte. (20)

Decker et al. realitza un estudi descriptiu qualitatiu on realitza entrevistes semiestructurades en grups focals per recol·lectar les dades a 25 infermeres del servei d'urgències de tres hospitals diferents. (22)

Aquest estudi té com a objectiu analitzar com els infermers d'urgències manegen l'atenció al final de la vida en el departament d'emergència i com responen a les necessitats dels pacients pal·liatius per facilitar una bona mort. (22)

Segons l'article el SUH va ser descrit com un lloc inapropiat per a que ocorregués la mort. Els participants van creure que un pacient moribund i la seva família tenien poques probabilitats d'experimentar una bona mort en el SUH perquè l'ambient no pot suportar els elements necessaris per assegurar la qualitat de la cura al final de la vida, ja que es crea un ambient ocupat, sorollós i freturós de privacitat i experiència específica en cures pal·liatives, en lloc de pacífic i còmode. (22)

Els participants van informar que les seves prioritats d'atenció d'infermeria eren els pacients nous, aguts i malalts. Referien que cap intervenció d'infermeria canviaria el pronòstic d'un pacient pal·liatiu, raó per la qual era una prioritat baixa. Els participants també van percebre que l'atenció donada a un pacient pal·liatiu en el SUH estava influenciada per si es coneixien o no els desitjos de tractament del pacient al final de la vida. (22)

Les altes carregues de feina que presenta el personal d'infermeria, les cures pal·liatives sent de menor prioritat en aquest servei, i les infermeres amb l'objectiu de realitzar activitats que salven vides, són obstacles altament qualificats per proporcionar una bona atenció al final de la vida per infermeres d'urgències. (22)

El moviment dels pacients pal·liatius fora del SUH també es va discutir en la literatura amb referència a la conveniència de la ubicació del pacient quan es percebia que estaven morint. Així que com es discuteix en aquest estudi els serveis d'urgències han de facilitar el ràpid trasllat dels pacients pal·liatius a una àrea d'atenció que recolza els elements d'una bona mort. (22)

Per tant una de les troballes importants en aquest estudi va ser que els pacients pal·liatius han estat traslladats fora del SUH tant aviat com ha sigut possible perquè es creu que és el millor interès del pacient. Això explica que les infermeres d'urgències creuen que si la mort ocorre en el servei d'urgències, el pacient experimentarà una mala atenció al final de la vida. (22)

Seow et al. realitza un estudi retrospectiu de cohort on l'objectiu és determinar l'efecte combinat de l'exposició de pacients a 11 equips especialitzats en cures pal·liatives que presten serveis en els domicilis. Es van comparar pacients de característiques similars i que no eren tractats per cap equip específic. L'efecte es va estimar per separat i es van agrupar per obtenir un efecte general. (23)

Els resultats combinats mostren que un 31'2% del grup exposat estava a l'hospital en les últimes dues setmanes de vida, comparat amb el 39'3% del grup no exposat. També mostren que el 28'9% del grup exposat va tenir una visita al SUH en les últimes dues setmanes de vida comparat amb un 34'5% del grup no exposat. (23)

Segons l'article, l'atenció dels equips especialitzats en cures pal·liatives pot ajudar a evitar l'ús no planificat dels serveis d'atenció aguda anticipant els problemes clínics aviat i fent les cures per avançat. Els equips manegen, supervisen i responen ràpidament a símptomes complexes i canvis en la condició del pacient. Quan sigui necessari per recolzar al pacient o prevenir l'esgotament

del cuidador, ells proveeixen atenció directa o advoquen per cura addicional. De fet, la investigació mostra que les visites als serveis d'urgència i les hospitalitzacions es produeixen degut a un control inadequat dels símptomes i el fracàs per fer front, entre altres factors. (23)

Quiñones Pérez et al. realitza un estudi descriptiu retrospectiu seleccionant a tots els pacients inclosos en el PCP i atesos per l'ESCP. La mostra va ser de n=146 pacients. Es van comptabilitzar els episodis d'urgències hospitalàries de cada un dels pacients estudiats, des dels 6 mesos previs a la data d'inclusió en el PCP fins els 6 mesos posteriors a la data d'inclusió. (8)

L'objectiu de l'estudi és descriure l'impacte de l'atenció a pacients en situació terminal per part d'un equip de suport mixt de cures pal·liatives (hospitalari i domiciliari) en la freqüentació en un servei d'urgències hospitalari. (8)

Segons els resultats s'obtenen 292 episodis per totes les causes en els 6 mesos previs a la inclusió en el PCP, sent aquestes visites generades per 108 dels 146 pacients. Respecte a la freqüentació, 38 d'aquests pacients no acudeixen a urgències, 33 ho fan una vegada, 30 en dues ocasions, 12 en tres ocasions, 15 en quatre ocasions, 12 en cinc ocasions i la resta en sis o més ocasions. (8)

En els 6 mesos posteriors a la inclusió en el PCP es recullen 87 episodis d'urgències per totes les causes, generats per 51 pacients dels 146. Respecte a la freqüentació; 95 no acudeixen a urgències, 32 ho fan només una vegada, 10 en dues ocasions, 5 en tres ocasions i la resta en quatre o més ocasions. (8)

Després de la inclusió en el PCP i seguiment per l'ESCP, es posa de manifest que els episodis d'urgències estan relacionats amb el control de símptomes i les complicacions de la malaltia. (8)

Les dades obtingudes en aquest estudi recolzen els treballs que recullen la notable disminució de la demanda de serveis sanitaris i més concretament els d'atenció urgent de pacients inclosos en un programa de cures pal·liatives. (8)

Metola Gómez et al. realitza un estudi observacional on un infermer de l'ESHV va anar revisant les històries electròniques dels pacients ingressats en l'àrea mèdica del servei d'urgències. (12)

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar l'evolució de pacients en mala situació clínica a urgències (probable situació d'últims dies). (12)

Segons els resultats van morir 35 pacients del grup seleccionat: el 79'17% dels pacients oncològics, i el 53'33% dels pacients no oncològics inclosos en l'estudi. El 34'28% de tots els pacients que van morir van ser atesos per l'ESHV, dels quals 92% eren oncològics. (12)

La mitjana d'anàlitzes i proves d'imatge realitzades als pacients morts atesos per professionals d'urgències (n= 23) va ser 3'57 i 1'83 respectivament. En aquest grup es van realitzar proves intensives tals com: es va col·locar una sonda nasogàstrica per a l'alimentació enteral a 3 pacients, es va realitzar una nefrostomia a 2 pacients i una colonoscòpia a un pacient pocs dies abans de la seva mort. (12)

La mitjana d'anàlitzes i proves d'imatge realitzades als pacients que han mort atesos per l'ESHV (n=12) van ser 1'5 i 0'7 respectivament. El número de procediments diagnòstics o terapèutics invasius realitzats va ser significativament menor. (12)

Casi la tercera part dels pacients de tots dos grups va morir a urgències. El 61% dels pacients que van ser atesos per professionals d'urgències van morir en una planta d'hospitalització; el 42% dels atesos per l'ESHV van morir en hospitals de mitja i llarga estància. (12)

La sobreestimació de la supervivència, retarda la derivació dels pacients a equips de pal·liatius i la pressa de decisions sobre el final de la vida d'aquests. (12)

En aquest estudi només la quarta part dels pacients en mala situació clínica van ser derivats a l'ESHV i només la tercera part de pacients morts van ser valorats per aquest equip. Els pacients atesos i valorats per l'ESHV van ser derivats més freqüentment en els seus últims dies a unitats específiques d'hospitalització de cures pal·liatives e inclús en algun cas, i d'acord amb la família, al domicili. (12)

Segons aquest estudi, des de fa uns anys existeix una major evidència de que una atenció sanitària especialitzada en cures pal·liatives a urgències per a pacients subsidiaris de rebre'ls, és beneficiós per a ells i les seves famílies. D'aquesta forma es poden redefinir i reorganitzar les cures de la persona, en funció de la seva situació clínica, psicològica i sociofamiliar, respectant les seves decisions i valors treballant de forma coordinada amb equips domiciliaris o hospitalaris de cures pal·liatives i evitant ingressos hospitalaris innecessaris. (12)

Mínguez Masó et al. realitza un estudi descriptiu durant un any dels pacients que moren en el servei d'urgències de l'Hospital Universitari del Mar revisant tots els informes mèdics d'assistència i els informes d'epicrisi. (4)

L'objectiu d'aquest estudi és descriure les característiques demogràfiques i assistencials dels pacients que van morir a l'hospital i analitzar en quins punts es podria millorar l'atenció assistencial a aquest grup de pacients. (4)

Durant el període es van atendre un total de 69.353 pacients, i es van produir un total de 144 morts. Un 16% dels pacients havia acudit al servei d'urgències en el mes previ a l'òbit. Les morts van ser esperades en un 62'5% dels casos, un 17'2% estaven en fase terminal d'una patologia subjacent, sent la causa de mort més freqüent la neoplàsia en fase terminal. (4)

Les mesures pal·liatives es van aplicar en el 25% dels casos i, d'aquests, un 19'4% estava en fase terminal d'una patologia subjacent i un 30'5% estava afecte de demència. (4)

Segons l'article, la mortalitat global en el servei d'urgències va ser clarament inferior a l'observada amb anterioritat, tant en l'hospital com en altres treballs publicats. La diferència podria atribuir-se a la major agilitat que existeix en l'últim any en els circuits de derivació del centre a unitats de cures pal·liatives, juntament a la prioritització dels ingressos dels pacients afectes de patologies terminals a les unitats d'hospitalització. (4)

L'elevat percentatge de pacients que van morir com a conseqüència d'una patologia terminal, en molts casos afectes d'una malaltia neoplàsica, porta a la necessitat d'adquirir coneixements sobre les cures de l'agonia per part dels metges que atenen a aquests pacients. (4)

En general, segons aquest estudi, els serveis d'urgències no estan preparats ni són adequats per oferir una mort digna a aquest tipus de pacients. Ja que en més de la meitat de les ocasions la mort era esperada, seria aconsellable disposar d'un lloc amb més privacitat on poguessin estar acompanyats pels seus familiars. S'ha de continuar millorant els circuits de derivació a unitats de cures pal·liatives, suport domiciliari o agilitzar el trasllat a unitats d'hospitalització convencional. (4)

Espinosa et al. revisa la bibliografia recent més rellevant amb l'objectiu de proposar recomanacions de millora per a l'atenció domiciliària de persones amb malalties avançades amb pronòstic de vida limitat. (24)

Segons l'article, la promoció de l'atenció domiciliària i comunitària és una de les característiques que han de tenir els Programes Públics de cures pal·liatives i és una de les prioritats de la cartera de serveis dels Equips d'Atenció Primària, existint múltiples experiències de programes específics d'atenció domiciliària de malalts avançats i terminals o inserits en els Programes d'Atenció domiciliària (ATDOM) dels EAP. (24)

Segons les dades del Directori SECPAL, a Espanya existeixen un total de 417 Equips o recursos de cures pal·liatives, dels que 168 són equips de suport domiciliari. (24)

L'efectivitat dels ESD ha sigut demostrada en estudis internacionals. A Espanya, els resultats assistencials dels ESD mostren efectivitat en el control dels símptomes més comuns en pacients amb càncer avançat. L'eficiència també ha sigut demostrada internacionalment, especialment degut a la reducció de les estàncies hospitalàries, l'ús d'hospitals d'aguts, dels serveis d'urgències i del cost, a més d'un increment de la probabilitat de mort en el domicili. (24)

En un estudi realitzat a Mataró es va descriure l'ús de recursos de persones amb càncer en l'últim mes de vida, comparat amb l'ús de recursos de pacients que van ser atesos per l'equip PADES. Els pacients del grup de cures convencionals van presentar més ingressos a l'hospital, més dies d'estància mitja, major ús dels serveis d'urgències i de la consulta externa hospitalària. (24)

Segons l'article, el domicili és el lloc idoni per a l'atenció, tant per les preferències de les persones, com per l'atenció centrada en el context afectiu i social, amb una visió comunitària. (24)

Saldaña Martínez et al. realitza un estudi descriptiu prospectiu basat en les dades recollides en els informes clínics dels professionals del SUMMA 112, que formen part de la comissió de pal·liatius i que pertanyen als diferents recursos que aquest servei disposa: Unitats d'Assistència a Domicili (UAD), Vehícles d'Intervenció Ràpida (VIR) i Unitats Mèdiques d'Emergència (UME). (6)

L'objectiu d'aquest estudi és conèixer la demanda d'assistència extrahospitalària d'urgència dels pacients en tractament pal·liatiu, sabent la patologia que amb més freqüència la produeix i determinar si existeixen factors que influeixen en la resolució de la consulta en el domicili. (6)

Segons els resultats es van realitzar 240 visites domiciliàries a pacients pal·liatius. El més freqüent són els pacients oncològics, amb un 67% (n= 161), i aquests són els que de forma significativa resolen les seves consultes en el domicili. Així mateix, també són els pacients que en gran majoria són atesos pels ESAD. (6)

Les patologies no oncològiques més freqüents que es troben en aquest tipus de pacients queden distribuïdes de la següent forma: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica, 39'7% (n=56); Insuficiència Cardíaca, 11'2%(n=27); Demència, 7'9% (n=19); Insuficiència Hepàtica, 5'4% (n=13); Insuficiència Respiratòria, 9'6% (n=23); E 1,2% (n=3). (6)

Les causes de la demanda d'atenció mèdica han sigut molt variades. Les que s'han repetit amb més freqüència han sigut: dispnea, 32'2% (n=94); i dolor 13% (n=38). (6)

Segons l'article ens trobem davant d'un augment de la demanda dels serveis de pal·liatius i d'urgències, com a conseqüència, es considera convenient no només formar equips especialitzats dintre del servei d'urgències, amb personal expert i formació adequada en pal·liatius, si no també garantir el seguiment dels pacients no oncològics pels ESAD, ja que això, suposa una major resolució de les consultes en el domicili i evita els trasllats innecessaris a l'hospital i la saturació dels llits hospitalaris. (6)

L'abordatge dels aspectes en cures pal·liatives, com el control de símptomes, el recolzament psicosocial, l'atenció a l'agonia, l'atenció a la família, etc. Poden estar relacionats amb l'organització i coordinació del pla de cures pal·liatives. (6)

Per tant, després de valorar els resultats de l'estudi, es plantegen que la coordinació entre els diversos nivells assistencials implicats en l'atenció del pacient pal·liatiu és avui dia insuficient, ja que no existeix l'adequada comunicació entre ells. (6)

Taula 2. Resum breu dels 9 articles escollits per realitzar la revisió bibliogràfica.

AUTORS	ANY	TÍTOL	REVISTA	TIPUS D'ESTUDI	CONCLUSIONS
Ruiz Fernández et al.	2017	Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios	Enfermería Universitaria	Qualitatiu i enfoc fenomenològic 5 grups de discussió i 41 entrevistes en profunditat a N=87 cuidadors que havien patit la mort del seu familiar	Els cuidadors han descrit una sèrie d'obstacles d'accés als diferents recursos sociosanitaris, entre els que destaquen, l'existència de protocols molt generals d'atenció que no tenien en compte el procés de malaltia del seu familiar i la necessitat d'una habitació individualitzada durant l'ingrés hospitalari. En el domicili es senten protegits pels professionals d'atenció primària, però presenten dificultats d'accés a recolzament psicològic i a les unitats de cures pal·liatives.
López Sánchez JR	2016	Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario	Ciencias de la Salud	Observacional de tall transversal Enquesta a N=145 metges	La enquesta va mostrar un nivell de moderat a baix en actituds i coneixements, els punts més dèbils van ser la perspectiva pràctica i la idoneïtat en la presa de decisions, han de realitzar-se capacitacions dirigides a establir pronòstics i millorar la presa de decisió de remissió al servei de cures pal·liatives.

AUTORS	ANY	TÍTOL	REVISTA	TIPUS D'ESTUDI	CONCLUSIONS
Decker et al.	2015	The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department	Australasian Emergency Nursing Journal	<p>Descriptiu qualitatiu</p> <p>Entrevista a 25 infermeres d'urgències durant tres entrevistes en grups focals</p>	Els resultats d'aquest estudi destaquen la creença de les infermeres de que el servei d'urgències no era un lloc apropiat per que ocorris la mort. A pesar d'estar freqüentment exposats a la mort, les accions i actituds de les infermeres d'urgències implicaven la necessitat o el desig d'evitar la mort en el servei d'urgències.
Seow et al.	2014	Impact of community based, specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths: a pooled analysis	British Medical Journal	<p>Retrospectiu de cohort</p> <p>N=3109 pacients que van rebre atenció dels equips especialitzats de cures pal·liatives, acompanyats per puntuació de propensió a N=3109 pacients que van rebre atenció habitual</p>	Els equips comunitaris especialitzats en cures pal·liatives, a pesar de la variació en la composició de l'equip i en les zones geogràfiques, van ser eficaços per reduir l'ús d'atenció aguda i les morts hospitalàries al final de la vida.

AUTORS	ANY	TÍTOL	REVISTA	TIPUS D'ESTUDI	CONCLUSIONS
Quiñones Pérez et al.	2013	Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias	Medicina Paliativa	<p>Descriptiu retrospectiu</p> <p>N=146 pacients inclosos en el PCP (Programa de Cures Pal·liatives) i atesos per l'ESCP (Equip de Suport de Cures Pal·liatives)</p>	Després de la inclusió en el PCP i seguiment per un equip de suport mixt de cures pal·liatives, s'aprecia una notable disminució dels episodis totals i la freqüentació per pacient en l'atenció urgent hospitalària.
Metola Gómez et al.	2013	Análisis de la evolución de pacientes en probable situación de últimos días en un servicio de urgencias	Medicina Paliativa	<p>Observacional prospectiu</p> <p>N=54 pacients ingressats a urgències on figuraven comentaris que estimaven un mal pronòstic a curt termini en les seves històries clíniques</p>	Es realitzen poques derivacions des d'urgències a un ESHP (Equip de Suport Hospitalari Pal·liatiu) de pacients en probable situació d'últims dies, a expenses fonamentalment de pacients oncològics.

AUTORS	ANY	TÍTOL	REVISTA	TIPUS D'ESTUDI	CONCLUSIONS
Saldaña Martínez et al.	2010	Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio	Emergencias	<p>Descriptiu prospectiu</p> <p>N= 240 pacients atesos pel SUMMA 112 amb presència d'una malaltia oncològica avançada e incurable o amb una malaltia no oncològica avançada, progressiva i sense resposta al tractament</p>	<p>L'assistència als malalts pal·liatius, així com la resolució que se'ls hi dona, depèn de forma significativa de la patologia que presenten, del motiu de consulta i de si estan o no controlats pels ESAD (Equip de Suport d'Atenció Domiciliaria).</p>
Espinosa et al.	2010	Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España	Medicina Clínica	Revisió bibliogràfica	<p>Les recomanacions per a la planificació territorial de l'atenció de persones amb malalties cròniques evolutives consisteixen en la combinació de mesures de millora en els serveis convencionals d'AP (Atenció Primària) junt amb el desenvolupament dels ESD (Equips de Suport Domiciliari), amb sistemes cooperatius flexibles i criteris d'intervenció, que previnguin i resolguin l'atenció continuada i urgent.</p>

AUTORS	ANY	TÍTOL	REVISTA	TIPUS D'ESTUDI	CONCLUSIONS
Mínguez Masó et al.	2008	Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario	Emergencias	Descriptiu Pacients que han mort en el servei d'urgències durant un any, excloent pediatria i ginecologia	Donat el percentatge no menyspreable de pacients afectes d'una malaltia terminal que moren en els serveis d'urgències s'hauria de millorar els circuits de derivació a unitats més específiques.

Font: *Elaboració pròpia*

DISCUSSIÓ

Els estudis analitzats responen en comú a la hipòtesis de que el servei d'urgències no és el més apropiat per atendre una persona que es troba en situació d'últims dies, ja que la formació en cures pal·liatives dels professionals de la salut que es troben en aquest servei és escassa i creuen convenient la derivació a unitats específiques i el suport domiciliari. Aquesta acció ajudaria a reduir la demanda d'urgència i augmentaria la qualitat de vida de les persones i les seves famílies.

A l'estudi realitzat per Ruiz Fernández et al. s'explica que la majoria de persones que es troben en situació d'últims dies solen ser ateses amb freqüència pels serveis d'urgències i parla de l'experiència dels familiars, que han estat els entrevistats, els quals manifesten una experiència desagradable. Fan referència al dèficit de protocols específics d'atenció en aquests serveis, la necessitat d'una habitació individual que permeti la intimitat i l'acompanyament final del seu familiar, l'assessorament i recolzament emocional per part dels professionals de la salut, conjuntament amb la demora i falta de recursos assistencials. (21)

Metola Gómez et al. en el seu estudi conclou que els serveis d'urgències no són els més adequats per atendre als pacients pal·liatius. Això és a causa de que es valoren molts pacients de forma simultània amb una gran càrrega assistencial i un ràpid ritme de treball, la plantilla és jove i en constant recanvi, existeix un espai restringit per a la valoració dels malalts, la pressa de decisions resulta complexa o pot ser controvertida, es desconeixen els valors i voluntats de les persones, els objectius del pacient i la família solen ser el manteniment de la vida de qualsevol forma o rebre tractaments que perllonguin la supervivència, etc. (12)

Un altre autor que opina que els serveis d'urgències no estan preparats ni són adequats per oferir una mort digna als pacient pal·liatius és Mínguez Masó et al., el qual revisant informes mèdics de pacients que van morir en aquests serveis, afegeix la causa de que en més d'una ocasió la mort és esperada i per tant és aconsellable disposar d'un lloc amb major privacitat on poder estar acompanyats pels familiars, encara que això no és possible moltes vegades a causa de l'existència de barreres estructurals i organitzatives. (4)

A l'estudi realitzat per Decker et al., on són les infermeres del servei d'urgències les que aporten la seva opinió, expliquen que creuen que el moviment dels pacients pal·liatius fora del servei facilita una bona cura de l'atenció al final de la vida, ja que les accions i actituds dels professionals implica la necessitat o el desig d'evitar la mort en aquest servei, i això pot ser degut a les experiències i creences personals, la falta d'educació i de recolzament respecte a l'atenció necessària que precisen aquestes persones al final de la vida. (22)

Una mica contradictori és l'estudi de Metola Gómez et al., on parla que els professionals d'urgències tenen la percepció de que els pacients moren en una ubicació adequada dintre del servei, ja que fins a un 82% ho fan en algun box individual o preparat per tal ús sense rebre mesures agressives, malgrat que el 31% ho fan sense estar acompanyats per familiars. Aquest autor presenta l'opció de l'assistència per un Equip de Suport Hospitalari Pal·liatiu als serveis d'urgències, ja que aquests intenten disminuir la realització de proves diagnòstiques innecessàries quan el pacient està en situació d'últims dies, intenten ubicar al pacient en un box aïllat i parlar amb els familiars en un ambient habilitat, prioritant l'ingrés en alguna unitat d'hospitalització i agilitzant els circuits de derivació a unitats de cures pal·liatives. També creu fonamental, una atenció precoç i especialitzada en cures pal·liatives a urgències que millori l'assistència d'aquests pacients i reorienti les cures. (12)

Els autors Ruiz Fernández, Quiñones Pérez et al. i Saldaña Martínez et al., defensen l'assistència dels equips de suport d'atenció domiciliària per a persones que requereixen cures pal·liatives, ja que la intervenció d'aquests suposa una major resolució de les consultes en el domicili, evita els trasllats innecessaris i la saturació de llits a l'hospital, mostra un descens en els símptomes difícils, augmenta la qualitat de vida dels pacients/familiars, disminueix els costos sanitaris i s'ha observat com condicionen a la reducció dels ingressos i les morts dintre de l'entorn hospitalari. (6,8,21) A l'estudi d'aquesta última autora, on fa una revisió de les històries clíniques de pacients atesos per unitats extrahospitalàries, observa que la majoria dels pacients atesos pels serveis d'urgències amb una malaltia terminal no oncològica, no disposava de l'assistència d'aquest equip, ja que com afirmen López Sánchez i Metola Gómez et al., conceptualment es percep amb major claredat un final de vida pròxim en un pacient oncològic

desestimats per tractaments actius. (12,20) Per tant, aquests últims tres estudis, consideren convenient formar equips especialitzats dintre del servei d'urgències, amb personal expert i formació adequada en cures pal·liatives, i a més a més seguir millorant els circuits de derivació a unitats de cures pal·liatives, suport domiciliari o agilitzar el trasllat a una unitat d'hospitalització convencional. (6,12,20)

Una altra defensa de l'atenció domiciliària la proposa l'autor Espinosa et al., que realitza una revisió de la bibliografia recent més rellevant sobre l'eficiència i eficàcia dels equips de suport domiciliari de cures pal·liatives. Exposa que el domicili és el lloc idoni per a l'atenció, tant per les preferències de les persones com per l'atenció centrada en el context afectiu i social, amb una visió comunitària. Segons l'estudi hi ha evidència internacional i a Espanya de resultats clau d'efectivitat, eficiència i satisfacció dels Equips de Suport Domiciliari, de les mesures de millora en Equips d'Atenció Primària i de la combinació i cooperació entre les dues. (24)

També l'estudi realitzat per Seow et al. reforça l'opinió de tots els anteriors. Refereix que en situacions reals, entorns no controlats, on els equips especialitzats varien en la composició de l'equip i la geografia atesa, el nucli de la intervenció (infermeres, metges en cures pal·liatives i metges de família que treballen junts per millorar l'atenció al final de la vida en el domicili) redueix significativament l'ús de serveis d'atenció aguda en els últims dies i permet que els pacients morin fora de l'hospital. (23)

Finalment, tots els articles analitzats en la discussió conclouen que una disminució de les visites als serveis d'urgències es mostra com un indicador de qualitat d'atenció al final de la vida.

LIMITACIONS

La principal limitació d'aquesta revisió bibliogràfica ha estat la poca evidència que hi ha respecte a les cures pal·liatives dintre del servei d'urgències. S'han seleccionat pocs articles per realitzar els resultats, però han estat suficients per respondre a l'objectiu principal i als objectius secundaris.

La data de publicació dels articles va haver d'allargar-se als últims 10 anys per facilitar la cerca d'informació, però encara que en algun cas hi ha diferència d'anys entre un estudi i un altre, no s'han trobat canvis significatius entre els resultats.

Un altre aspecte a destacar és que només han estat útils 3 bases de dades, ja que les altres no proporcionaven documents amb informació necessària per realitzar la revisió bibliogràfica.

CONCLUSIONS

- ❖ Ens trobem davant d'un augment de la patologia oncològica i no oncològica i, per tant, davant d'un augment de la demanda dels serveis de pal·liatius i d'urgències.
- ❖ Els serveis d'urgències no estan preparats ni són adequats per oferir una mort digna als pacients pal·liatius. Es considera convenient no només formar equips especialitzats dintre del servei d'urgències, amb personal expert i formació adequada en pal·liatius, si no també garantir el seguiment dels pacients no oncològics pels equips sanitaris d'atenció domiciliària.
- ❖ Es realitzen poques derivacions des del servei d'urgències a un equip de suport hospitalari pal·liatiu, per tant, s'han de millorar els circuits de derivació a unitats de cures pal·liatives, suport domiciliari o agilitzar el trasllat a unitats d'hospitalització convencional. L'atenció per aquestes unitats mostra un descens en els símptomes difícils, augmenta la qualitat de vida de les persones, augmenta la satisfacció de pacients i familiars i disminueix els costos sanitaris.
- ❖ Els pacients pal·liatius que van morir i van ser atesos per professionals d'urgències van ser sotmesos a més proves diagnòstiques i mesures invasives que els pacients atesos per un equip de cures pal·liatives.
- ❖ El domicili és el lloc idoni per a l'atenció, tant per les preferències de les persones, com per l'atenció centrada en el context afectiu i social.

BIBLIOGRAFIA

1. Aecc.es [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. Definición de cuidado paliativo; 2015 [citado 11 diciembre 2016]. Disponible a:
<https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
2. Tizón Bouza E, Vázquez Torrado R. Enfermería en cuidados paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería Glob [Internet]. 2004;(5):1–32. Disponible a:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/546/566>
3. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 11 diciembre 2016]. Disponible a:
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
4. Mínguez Masó S, Supervía Caparrós A, Campodarve I, Aguirre Tejedo A, Echarte Pazos JL, López Casanova MJ. Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Científica la Soc Española Med Urgencias y Emergencias [Internet]. 2008 [citado 11 diciembre 2016];20(2):113–6. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2580936&info=resumen>
5. Doblado Valderrama R, Herrera Molino E, Librada Flores S, Lucas Díaz MA, Muñoz Mayorga I RÁ-OZ. Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España [Internet]. Madrid: SECPAL; 2016 [citado 11 diciembre 2016]. Disponible a:
http://www.secpal.com/Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf

6. Saldaña Martínez M, Vegas Ibañez F, Cebollero Leu N. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias : factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. Rev Científica la Soc Española Med Urgencias y Emergencias [Internet]. 2010 [citad 11 decembre 2016];20:441–4. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5447194>
7. Miranda B, Vidal SA, Mello MJG de, Lima JT de O, Rêgo JC, Pantaleão MC, et al. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2016 [citad 11 decembre 2016];62(3):207–11. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000300207&lang=pt
8. Quiñones Pérez A, Álvarez Jiménez P, García Sánchez MJ, Guardia Mancilla P. Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias. Med Paliativa [Internet]. 2013 [citad 11 decembre 2016];20(2):60–3. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000791>
9. Ferrer Pérez AI, Vidal Losada MJ, Tobeña Puyal M, Serrano Solares S, Ruíz-Echarri Rueda M, Millastre Bocos E. Evaluación sintomática del paciente oncológico en urgencias. Rev Científica la Soc Española Med Urgencias y Emergencias [Internet]. 2009 [citad 11 decembre 2016];21:186–8. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3016598>
10. Díaz-Albo Hermida E, Wilson Astudillo A. Manejo de situaciones urgentes en cuidados paliativos [Internet]. Guipuskoa: Paliativos sin fronteras; 2007 [citad 11 decembre 2016]. Disponible a: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/URGENCIAS-PALIATIVAS-DIAZ-ALBO.pdf>

11. Departament de Salut. Recursos Específics de Cures Pal·liatives [Internet]. Generalitat de Catalunya; 2012 [citad 11 desembre]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home_Canal_Salut/Professionals/Temes_de_salut/Atencio_al_final_de_la_vida/documents/pal_liatusdef.pdf
12. Metola Gómez A, García Romo E, Bellido de Vega S, Carretero Lanchas Y, Azcoitia Álvarez B, Guerrero L. Análisis de la evolución de pacientes en probable situación de últimos días en un servicio de Urgencias. Med Paliativa [Internet]. 2013 [citad 19 novembre 2016];20(1):10–8. Disponible a: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000298>
13. Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida [Internet]. Generalitat de Catalunya; 2010 [citad 19 novembre 2016]. Disponible a: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/cbcfividaes.pdf>
14. Iglesias Lepine ML, Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010 [citad 19 novembre 2016];33(SUPP1):173–91. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200018
15. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. Perm J [Internet]. 2014 [citad 19 novembre 2016];18(2):77–85. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24694318>
16. Valles Martínez P, García Salvador I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. Med Paliativa [Internet]. 2013 [citad 19 novembre 2016];20(3):111–4. Disponible a: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13000487>

17. Armada Esmores Z, Jiménez Fernández L, Chala Tandrón J. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2015 [citad 19 novembre 2016];19(1):53–5. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213705213>
18. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 [citad 29 decembre 2016];20(1–2):71–5. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Lopera-Betancur M. Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015 [citad 29 decembre 2016];12(2):73–9. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000032>
20. López-Sánchez J.R. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2016 [citad 29 febrer 2017];14(1):53–61. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5424870>
21. Ruiz-Fernández MD, Ortega-Galán AM, Cabrera-Troya J, Ibáñez-Masero O, Carmona-Rega M, Relinque-Medina F, et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017 [citad 13 febrer 2017];14(1):10–8. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300677>
22. Decker K, Lee S, Morphet J. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J* [Internet]. 2015 [citad 13 febrer 2017];18(2):68–74. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25851917> DOI: 10.1016/j.aenj.2014.11.001.

23. Seow H, Brazil K, Sussman J, Austin PC, Husain A, Rangrej J, et al. Impact of community based , specialist palliative care teams on hospitalisations and emergency department visits late in life and hospital deaths : a pooled analysis. BMJ [Internet]. 2014 [citat 13 febrer 2017];3496(June):1–10. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24906901> DOI: 10.1136/bmj.g3496.
24. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. Med Clin (Barc) [Internet]. 2016 [citat 13 febrer 2017];135(10):470–5. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310006743> DOI: 10.1016/j.medcli.2010.06.004