

Cuidados paliativos en servicios de emergencia: revisión integradora

Maria Olívia Sobral Fraga de Medeiros¹, Mariana do Valle Meira¹, Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos¹, Larissa Chaves Pedreira¹, Anelise Coelho da Fonseca², Rudval Souza da Silva³

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil. 2. Hospital Adventista Silvestre, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 3. Universidade do Estado da Bahia, Senhor do Bonfim/BA, Brasil.

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo comprender el enfoque del equipo de emergencia a los pacientes con enfermedad crónica avanzada desde una perspectiva paliativa. Se realizó una revisión integradora, buscando artículos en portugués, inglés y español en las bases de datos MEDLINE, LILACS, SciELO, IBECs y CINAHL, utilizando los descriptores “servicios médicos de emergencia”, “equipo de asistencia al paciente”, “actitud del personal de salud” y “cuidados paliativos”, con 12.290 publicaciones identificadas inicialmente, que tras su análisis dieron como resultado una muestra final de 26 artículos. Entre los principales aspectos destacan: plan de cuidados individualizado y flexible; gestión de redes; acceso al equipo de cuidados paliativos; comunicación empática; identificación de pacientes elegibles; y control de síntomas. Se concluye que el equipo de emergencias necesita reconocer la importancia de los cuidados paliativos en este servicio y reorientar los cuidados enfocados a “salvar vidas” hacia cuidados que “preserven la dignidad humana”.

Palabras clave: Grupo de atención al paciente. Servicio de urgencia en hospital. Cuidados paliativos

Resumo

Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa

O objetivo do artigo é conhecer a abordagem de equipes de emergência à assistência de pacientes com doença crônica avançada, na perspectiva dos cuidados paliativos. O texto traz resultados de revisão integrativa que buscou artigos em cinco bases de dados, utilizando os descritores “serviços médicos de emergência”, “equipe de assistência ao paciente”, “atitude do pessoal de saúde” e “cuidados paliativos”. Inicialmente, foram identificadas 12.290 publicações, reduzidas, após análise, a uma amostra final de 26 artigos. Entre as principais medidas mencionadas na literatura para levar os cuidados paliativos à emergência, estão: plano de cuidados individualizado e flexível; gestão de redes; acesso à equipe de cuidados paliativos; comunicação empática; identificação dos pacientes elegíveis; e controle de sintomas. Conclui-se que as equipes de emergência precisam reconhecer a importância dos cuidados paliativos nesse serviço, redirecionando o cuidado concentrado em “salvar vidas” para um cuidado que preserve a dignidade humana.

Palavras-chaves: Equipe de assistência ao paciente. Serviço hospitalar de emergência. Cuidados paliativos.

Abstract

Palliative care in emergency services: an integrative review

This article seeks to understand the approach of emergency teams to patients with an advanced chronic condition from a palliative care perspective. This integrative review searched for articles in five databases using the descriptors “emergency medical services,” “patient assistance team,” “attitudes of health personnel” and “palliative care”. At first, 12,290 publications were identified, which were then reduced to 26 articles for the final sample. Among the main measures found in the literature to use palliative care in emergency services, the following stand out: individualized and flexible care plan; network management; access to the palliative care team; empathic communication; identification eligible patients; and control of symptoms. We thus conclude that emergency teams must recognize the importance of palliative care and redirect the care focused in “saving lives” towards a care that preserves human dignity.

Keywords: Patient care team. Emergency service, hospital. Palliative care.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Con los avances en el área de la salud, la reducción de la mortalidad y la expansión del acceso a los servicios de salud, las personas están viviendo más en todo el mundo. Sin embargo, el tema de la calidad de vida ha sido ampliamente discutido, ya que, junto con la esperanza de vida, también ha aumentado la prevalencia de enfermedades degenerativas crónicas como el cáncer, el Alzheimer y la esclerosis múltiple¹.

Ante este escenario de enfermedad crónica, la atención primaria es frágil, lo que ha llevado a los usuarios a recurrir a las emergencias como un medio de acceso más fácil, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana¹. En esos servicios, es común atender a pacientes con dolor, disnea y vómitos que, sin atención ambulatoria o domiciliaria efectiva, ven en la emergencia la única e inmediata opción¹⁻². Estos pacientes esperan una atención resolutiva, compasiva e individualizada. No obstante, los estudios¹⁻³ indican cierta distancia, cuando se trata de pacientes en cuidados al final de la vida, por parte del equipo profesional.

Los pacientes señalan que la búsqueda de la emergencia se debe principalmente a la falta de disponibilidad de un equipo de cuidados paliativos. Sin embargo, el equipo de emergencia reconoce que no puede aplicar los mismos criterios utilizados en la atención ambulatoria. El argumento es que la dinámica acelerada del servicio no permite a los profesionales dedicar más tiempo para estar con el paciente y la familia y desarrollar una interacción más cercana³.

Sin embargo, a pesar de que no es el lugar ideal para iniciar los cuidados paliativos, la emergencia podría integrar el manejo de los síntomas en crisis agudas, deconstruyendo una cultura de cuidado solo para casos agudos para dar espacio a un cuidado centrado en el paciente, y no exclusivamente en la enfermedad. Esto ya ocurre en algunos países desarrollados, como Estados Unidos, donde se creó el proyecto Mejorando los Cuidados Paliativos en Emergencias Médicas (Improving Palliative Care in Emergency Medicine), un movimiento de educación embrionaria para equipos de emergencias que define objetivos para evaluar al paciente, incluyendo atención al final de la vida y manejo de síntomas¹.

Considerando todo este contexto, el presente estudio busca conocer, a través de una revisión de la literatura y desde la perspectiva de los cuidados paliativos, el abordaje de los equipos de emergencia en la atención de pacientes con enfermedad crónica avanzada.

Método

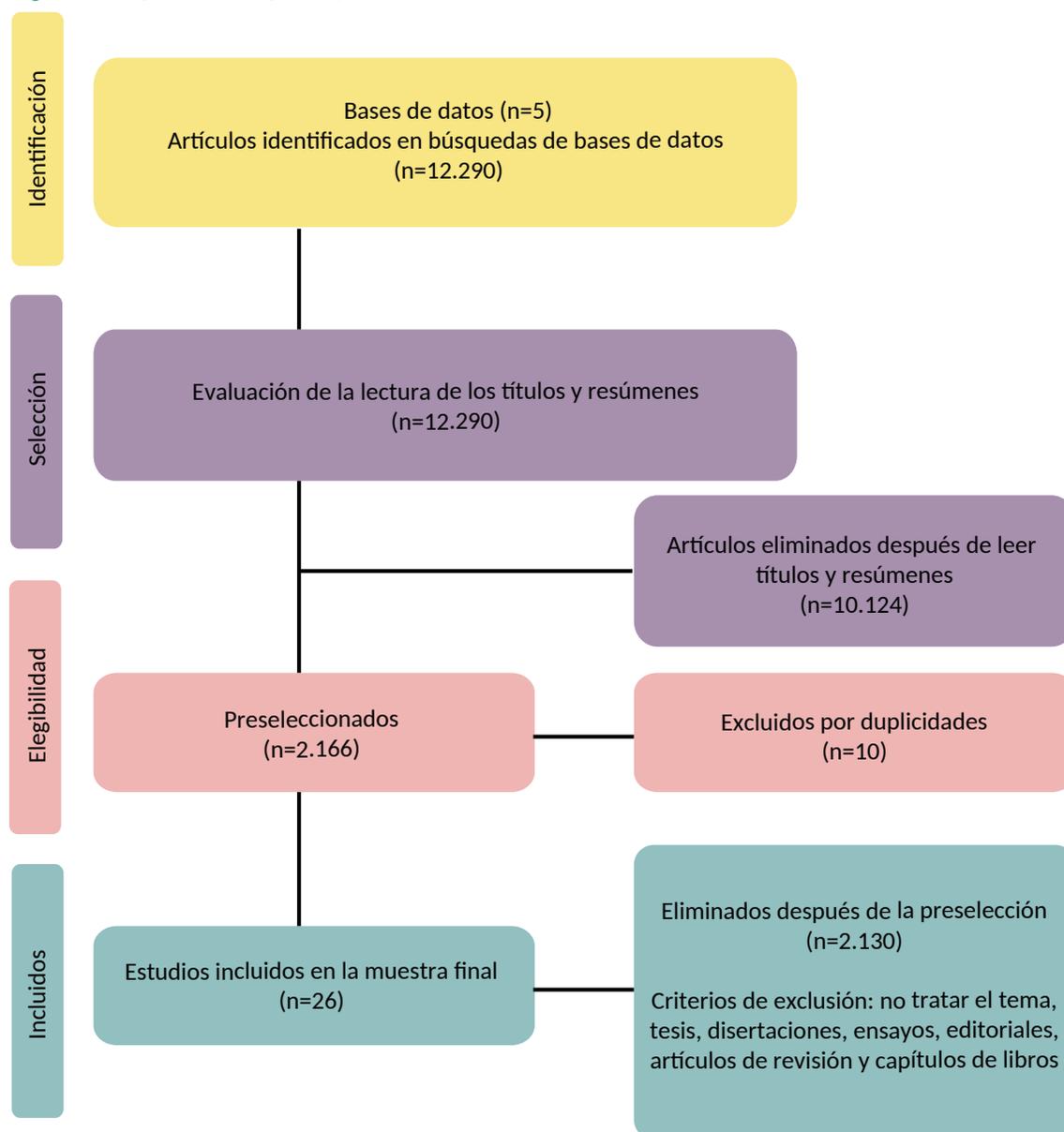
Este artículo trae los resultados de una revisión integradora desarrollada en seis etapas: definición del objeto y pregunta orientadora, búsqueda en la literatura, categorización, evaluación, interpretación y síntesis del conocimiento⁴. Para elaborar la pregunta de investigación, se utilizó la estrategia PICO: pacientes en paliación (*patient*), enfoque de equipo de emergencia (*intervention*) y atención de emergencia (*outcomes*). El tercer elemento (*comparison*) no se utilizó.

Se incluyeron artículos publicados entre junio de 2013 y junio de 2018, basados en la selección por conveniencia. La búsqueda se realizó entre julio y agosto de 2019, en las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/PubMed), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs) y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl). Se utilizaron los siguientes descriptores, en portugués, inglés y español, extraídos de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH): “emergency medical services”, “patient care team”, “attitude of health personnel” y “palliative care”.

Se incluyeron textos en inglés, portugués o español sobre cuidados paliativos en la emergencia. Se excluyeron tesis, disertaciones, ensayos, artículos duplicados, artículos de revisión (integradores o sistemáticos), capítulos de libros y editoriales. La búsqueda en las bases de datos dio como resultado 12.290 publicaciones, que conformaron el escenario global (Figura 1). Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, así como de un cuidadoso análisis basado en el objetivo del estudio, realizado por dos investigadores independientes, se obtuvo una muestra de 26 artículos, analizados en su totalidad (Cuadro 1).

Se observaron principios éticos, con la debida citación de los autores incluidos. Los resultados se analizaron de forma descriptiva, a partir de una síntesis del abordaje de los equipos de emergencia a la atención de los pacientes en cuidados paliativos y comparaciones entre las investigaciones incluidas.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección del estudio



Resultados

Las publicaciones incluidas en la muestra tienen diferentes abordajes, abarcando tanto la perspectiva de los pacientes y familiares como del equipo de salud y de los administradores de los servicios. La mayoría de los estudios se publicaron en 2014 (26,9%, n=7). Los otros años, 2013, 2015, 2016, 2017 y 2018, tuvieron 5, 3, 5, 4 y 2 artículos, respectivamente. El enfoque más

utilizado fue el cualitativo, presente en 20 de los artículos. Los otros seis fueron estudios cuantitativos. Los países con mayor número de publicaciones fueron Estados Unidos (38,4%, n=10) y Australia (30,8%, N=8). Cuatro estudios fueron del Reino Unido (15,4%), y los cuatro restantes se realizaron uno en cada país: España, Francia, Tailandia y Turquía. Predominaron las publicaciones en inglés, con solo un estudio publicado en español. El Cuadro 1 presenta la información principal de las publicaciones.

Cuadro 1. Principales estudios que componen la revisión integradora

Base, periódico, año, país	Objetivo	Enfoque del equipo
Medline, <i>J Palliat Med</i> , 2013, EUA ³	Descubrir las barreras percibidas por los médicos a la hora de prestar cuidados paliativos en el sector de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos.
Medline, <i>West J Emerg Med</i> , 2013, EUA ⁵	Describir el enfoque y el papel del equipo de emergencia con respecto a los cuidados paliativos y al final de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos. - Gestión de la red de atención. - Actuación en un equipo interdisciplinario. - Profesional del equipo de emergencia como referencia en cuidados paliativos. - Plan de atención individualizado y flexible. - Diferenciación entre cuidados paliativos y cuidados al final de la vida.
Cinahl, <i>J Palliat Med</i> , 2013, EUA ⁶	Evaluar si las interconsultas con equipos de cuidados paliativos iniciadas en la emergencia disminuyen la duración de la hospitalización, en comparación con las interconsultas iniciadas después de la hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos. - Gestión de la red de atención. - Actuación en un equipo interdisciplinario.
Cinahl, <i>Ann Emerg Med</i> , 2013, EUA	Identificar los factores administrativos que interfieren con la disponibilidad y provisión de cuidados paliativos en la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de la red de atención. - Plan de atención individualizado y flexible. - Apoyo a la familia.
Cinahl, <i>Am J Hosp Palliat Care</i> , 2013, Irlanda	Identificar a los pacientes en cuidados paliativos atendidos en la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos. - Comunicación empática.
Medline, <i>J Gen Intern Med</i> , 2014, EUA	Evaluar la efectividad de la estrategia de intervención multimodal para mejorar la atención al final de la vida en emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación empática. - Control de los síntomas. - Diferenciación entre cuidados paliativos y cuidados al final de la vida. - Minimización de tratamientos inútiles. - Adopción de directivas anticipadas de voluntad. - Plan de atención individualizado y flexible.
Medline, <i>Asian Pac J Cancer Prev</i> , 2014, Turquía	Identificar las características de los pacientes con diagnóstico oncológico hospitalizados en urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Gestión de la red de atención. - Integración con la atención domiciliaria.
Medline, <i>Support Care Cancer</i> , 2014, Australia	Explore las opiniones y experiencias de la interacción interdisciplinaria de los profesionales de la salud que atienden a pacientes con cáncer avanzado tratados en la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación empática. - Plan de atención individualizado y flexible. - Gestión de la red de atención. - Integración con la atención domiciliaria. - Actuación en un equipo interdisciplinario.
Medline, <i>Emerg Med Australas</i> , 2014, Australia	Investigar las perspectivas y necesidades de un equipo de emergencia con respecto a los cuidados paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Comunicación empática. - Plan de atención individualizado y flexible.
Medline, <i>Intern Med J</i> , 2014, Australia	Evaluar las barreras y las facilidades en relación con la atención al final de la vida de los pacientes con cáncer tratados en la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de atención individualizado y flexible. - Minimización de tratamientos inútiles. - Adopción de directivas anticipadas de voluntad.
Medline, <i>J Palliat Med</i> , 2014, EUA	Identificar la tasa de interconsulta con el equipo de cuidados paliativos en el departamento de emergencias para pacientes con demencia avanzada.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Base, periódico, año, país	Objetivo	Enfoque del equipo
Medline, <i>Acad Emerg Med</i> , 2014, EUA	Evaluar la derivación temprana de la emergencia a la unidad de cuidados paliativos de pacientes con cáncer avanzado.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos.
Medline, <i>Palliat Med</i> , 2015, Australia	Explorar la comprensión de los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud que atienden a pacientes de cáncer avanzado en un departamento de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Identificación de los pacientes elegibles. - Comunicación empática. - Discusión de dilemas éticos.
Medline, <i>Int J Intern Emerg Med</i> , 2015, Australia	Discutir las actitudes de los médicos de emergencia con respecto a la atención de pacientes con cáncer avanzado, pensando en cómo sus actitudes afectan el acceso al servicio de cuidados paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos. - Gestión de la red de atención.
Medline, <i>Emerg Med Australas</i> , 2015, Australia	Investigar experiencias y actitudes del personal de urgencias de un hospital público en el abordaje de los cuidados paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Apoyo a la familia. - Comunicación empática. - Adopción de directivas anticipadas de voluntad.
Medline, <i>Ann Emerg Med</i> , 2016, Francia	Explorar las percepciones y actitudes de los médicos en la toma de decisiones sobre el traslado de pacientes ancianos críticamente enfermos del servicio de urgencias a la UCI.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Comunicación empática. - Adopción de directivas anticipadas de voluntad. - Discusión de dilemas éticos.
Medline, <i>Int Nurs Rev</i> , 2016, Tailandia	Describir el significado de las experiencias vividas por los enfermeros en el cuidado de pacientes críticos en el servicio de urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de atención individualizado y flexible. - Minimización de tratamientos inútiles. - Comunicación empática. - Apoyo a la familia. - Apoyo en el proceso de duelo de la familia. - Atención psicológica y espiritual.
Medline, <i>J Emerg Nurs</i> , 2016, España	Describir las experiencias de médicos y enfermeros con respecto a la pérdida de dignidad de una persona en cuidados terminales atendida en un departamento de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Gestión de la red de atención. - Plan de atención individualizado y flexible. - Minimización de tratamientos inútiles. - Adopción de directivas anticipadas de voluntad. - Apoyo a la familia. - Apoyo al equipo. - Preservación de la dignidad del paciente.
Medline, <i>J Emerg Nurs</i> , 2016, EUA ²²	Implementar un modelo de mejores prácticas para atender a los enfermos terminales.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los pacientes elegibles. - Acceso al equipo de cuidados paliativos. - Presencia del enfermero especialista. - Discusión ampliada entre el equipo interdisciplinario.
Medline, <i>BMJ Open</i> , 2016, Inglaterra ²³	Comprender el proceso de toma de decisiones de las personas con cáncer avanzado y sus cuidadores cuando buscan atención de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Actuación en un equipo interdisciplinario. - Control de los síntomas.
Cinahl, <i>J Pain Symptom Manage</i> , 2017, Inglaterra ²⁴	Explorar las actitudes de los médicos hacia la intubación de pacientes con cáncer en fase terminal.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso al equipo de cuidados paliativos. - Plan de atención individualizado y flexible. - Minimización de tratamientos inútiles.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Base, periódico, año, país	Objetivo	Enfoque del equipo
Medline, <i>BMJ Support Palliat Care</i> , 2017, Australia ²⁵	Explorar la perspectiva de los médicos de emergencia sobre sus habilidades, función y experiencia en el cuidado de personas con cáncer avanzado.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Gestión de la red de atención.
Medline, <i>Am J Hosp Palliat Care</i> , 2017, Inglaterra ²⁶	Explorar las razones por las que los pacientes con necesidades de cuidados paliativos buscan el departamento de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Gestión de la red de atención.
Medline, <i>Age Ageing</i> , 2017, Inglaterra, Irlanda e EUA ²⁷	Identificar los desafíos y las facilidades para el empoderamiento de las personas mayores con enfermedad avanzada y el impacto de los cuidados paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo especializado. - Comunicación empática. - Plan de atención individualizado y flexible. - Acceso al equipo de cuidados paliativos.
Medline, <i>Palliat Med</i> , 2018, Australia ²⁸	Explorar las experiencias y percepciones de los pacientes con cáncer avanzado y los cuidadores que buscan servicios de emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Comunicación empática. - Gestión de la red de atención. - Plan de atención individualizado y flexible.
Medline, <i>Support Care Cancer</i> , 2018, Inglaterra ²⁹	Explorar las opiniones y experiencias de los pacientes del departamento de emergencias ingresados posteriormente.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los síntomas. - Comunicación empática. - Gestión de la red de atención. - Plan de atención individualizado y flexible.

Discusión

El análisis de la forma en que los equipos de emergencia atienden a los pacientes en cuidados paliativos permitió responder a la pregunta orientadora del estudio e identificar especificidades o puntos de intersección. Los aspectos más evidentes fueron: la atención basada en un plan individualizado y flexible, la gestión de la red de atención y el acceso a equipos de cuidados paliativos^{3,6-8,10-15,17,20-21,24-29}.

La necesidad de cuidados individualizados y flexibles se justifica por el perfil de los pacientes, que a menudo llegan con un diagnóstico de enfermedad crónica y avanzada, con un historial, en general, de cuidados incongruentes, marcados por métodos invasivos, uso excesivo de tecnologías y sufrimiento ignorado o, peor aún, aumentado por prácticas de distansia¹⁴.

La derivación temprana al equipo de interconsulta puede reducir tanto el tiempo de espera¹⁵ como el tiempo de hospitalización. Uno de los estudios identificó que un grupo de pacientes con acceso al equipo de interconsulta de emergencia tuvo un tiempo de internación reducido de 3,6 días,

en comparación con otro grupo que solo se sometió a la interconsulta después de la internación⁶.

La resistencia a iniciar el abordaje paliativo en la emergencia puede estar relacionada con las actitudes y creencias de los profesionales sobre el proceso de la enfermedad, así como a una comprensión errónea de la emergencia como un sector de dinámica acelerada, en el que no habría tiempo para la interacción entre el equipo, el paciente y la familia. Así, los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, como demencia y cáncer, no son vistos como sujetos que experimentan sufrimiento activo, causado por eventos agudos, y que necesitan estabilidad clínica y un plan de atención individualizado y flexible para regresar a su condición basal^{6,14}.

Cabe destacar que estos pacientes buscan atención de emergencia por varias razones: ansiedad con crisis agudas; falta de orientación previa en la red de atención primaria; sensación de seguridad y familiaridad con el ambiente hospitalario; y, en muchas situaciones, dificultad para acceder a la atención primaria, especialmente en casos urgentes o momentos en que esos servicios no funcionan²³.

Hay estudios^{6,14,24} que señalan que las justificaciones de los profesionales de emergencia para no realizar la interconsulta se basan en definiciones empíricas sobre la relevancia de la conducta y la disponibilidad para iniciar un diálogo con la familia. Sin embargo, cabe señalar que la participación de la familia y, especialmente, del paciente en las decisiones de cuidado es un derecho que debe ser garantizado por los profesionales. Orientar y aclarar las dudas de los usuarios y familiares es hacerlos partícipes del cuidado. Aunque no decida cuestiones técnicas, la familia participa en la toma de decisiones³⁰.

Como enfoque activo y multidisciplinario, los cuidados paliativos rompen paradigmas, defendiendo un nuevo modelo centrado en la autonomía del paciente, no en el equipo ni en la enfermedad, a favor de la calidad de vida y resultados orientados al confort y la dignidad humana²². Sin embargo, una investigación llevada a cabo en un hospital australiano indica que todavía hay renuencia a incluir este tipo de atención en la emergencia, a pesar de las discusiones ya en curso sobre la necesidad de revisar los sistemas para incluir los cuidados paliativos²⁵.

Los cuidados paliativos en la emergencia están marcados por dificultades en la comunicación, en el reconocimiento de la empatía como aspecto fundamental y en la identificación de los pacientes elegibles^{1-3,8-13,15-16,18-20,27-29}. A pesar de reconocer la necesidad de cuidados paliativos en la emergencia, los profesionales no se sienten preparados para ofrecerlos, especialmente en lo que se refiere a las habilidades de comunicación, a la capacidad de abordar los problemas del final de la vida y al conocimiento para identificar y derivar a los pacientes que necesitan tales cuidados a la interconsulta¹².

Un estudio realizado en Tailandia buscó describir la experiencia de las enfermeras en el cuidado de pacientes críticos en la emergencia. Los resultados apuntan a la necesidad de cualificar a estos profesionales. Las enfermeras afirman que el tiempo de permanencia del paciente en la emergencia es muy corto, por lo que no se prioriza el cuidado paliativo. La sedación y los medicamentos utilizados para aliviar el dolor nunca se prescriben. Esa atención tomaría tiempo y entraría en conflicto con la recomendación de trasladar a los pacientes lo antes posible a otras unidades, o de dejarlos regresar a sus residencias²⁰.

No obstante, se podrían tomar medidas prácticas, con buenos resultados, como proporcionar un lugar reservado, con privacidad, para que el paciente y la familia vivan plenamente el momento singular de la muerte, y reconocer las directivas anticipadas de voluntad (manifestadas por un testamento vital o mandato duradero) como un instrumento que contempla la voluntad del paciente en relación con los tratamientos. También sería importante, durante la formación de los profesionales de la salud, desarrollar habilidades de comunicación y formas de lidiar emocionalmente con las malas noticias^{20,21}.

Una investigación con enfermeras y médicos de urgencias españoles que han recibido formación especializada apunta a que estos profesionales se sienten más cómodos para tratar con pacientes terminales²¹. Por otro lado, la falta de una cultura de cuidados paliativos, de conciencia, de comunicación empática y de formación profesional dificulta tal abordaje²¹.

Es importante aclarar que la comunicación sobre cuidados paliativos en la emergencia no puede seguir los mismos criterios utilizados en el modelo tradicional de unidades de internación^{3,7}. Entre las estrategias que también pueden funcionar en la emergencia se encuentran: distinguir los cuidados paliativos de los cuidados paliativos al final de la vida; proceder al abordaje inicial con un equipo formado por médicos y enfermeros; reconocer las directivas anticipadas de voluntad; mejorar la formación del equipo; y contar con un profesional que ejerza el liderazgo, sensibilizando a los compañeros y mostrando cómo superar las barreras⁵. Siempre que sea posible, el paciente y su familia también deben ser incluidos en la toma de decisiones, así como los capellanes, psicólogos y trabajadores sociales deben participar en la atención²².

La última síntesis apunta al control de los síntomas. Este punto es importante, ya que los pacientes describen sus experiencias en el cuidado como un momento de ansiedad e incertidumbre asociado a la larga espera antes del manejo de los síntomas²⁷. Los síntomas físicos más reportados fueron: dolor, disnea, náuseas, vómitos y estreñimiento^{8,10,26}. Sin embargo, también hay problemas emocionales y sociales: ansiedad relacionada con el avance de la enfermedad; búsqueda recurrente de emergencia frente a crisis agudas; sentimientos

de seguridad y familiaridad con el ambiente hospitalario; y dificultades para acceder a los servicios de atención primaria²³.

Un estudio realizado en Irlanda señala que hasta el 94% de las personas que llegan a la emergencia con los síntomas antes mencionados permanecen bajo observación durante un tiempo promedio de nueve horas. No obstante, el 51,5% de estos pacientes no necesitarían buscar atención de urgencia si el manejo de la atención domiciliar fuera activo y resolutivo⁸. Otro estudio, desarrollado en Inglaterra, señala que el 83% de las consultas requieren atención de emergencia frente a crisis agudas, y que las necesidades de las personas atendidas no son satisfechas por la atención primaria o domiciliaria. Así, la emergencia tiene un papel fundamental en el manejo de crisis agudas y debe ser reconocida como una puerta de entrada a la red de salud²⁶.

La excelencia en el cuidado implica reconocer las necesidades del paciente en el momento de la crisis aguda, lo que requiere que el equipo tenga habilidades de comunicación empática y que identifique los objetivos inherentes al cuidado y control de los síntomas⁹. En este sentido, es necesario ser cauteloso con la recomendación de que el paciente busque la red de atención primaria, ambulatoria o domiciliaria, dado que la exacerbación de las condiciones crónicas es constante y no siempre se resuelve en ambientes distintos a la emergencia. De este modo, los profesionales se equivocan en que los pacientes en cuidados paliativos no necesitan unidades de emergencia y deben ser atendidos solamente en la red de atención primaria o ambulatoria²⁶.

La competencia de los profesionales en el manejo de los síntomas también se ha identificado como un punto fuerte de los cuidados paliativos en la emergencia^{9,18,22,23,25}. Un estudio encontró que el 84,2% de los médicos se sentían cómodos cuidando a pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad¹³. En otra encuesta, al 64,8% de los enfermeros les resultó gratificante atender este perfil de

paciente. El enfermero ha sido identificado como el principal vínculo del equipo en la prestación de cuidados, conectándose con el paciente y su familia, optimizando los cuidados de confort y asegurando un ambiente digno y humano²².

Consideraciones finales

La investigación mostró que los servicios de emergencia a menudo son vistos como espacios solo para acciones rápidas, lo que trae obstáculos para la comodidad del paciente y la preservación de la dignidad, precisamente en un espacio teóricamente diseñado para salvar vidas. Muchos profesionales todavía no reconocen la emergencia como un lugar donde es posible ofrecer cuidados paliativos. Como principales medidas que podrían revertir este escenario, cabe destacar: plan de atención individualizado y flexible, manejo de redes de atención, acceso al equipo de cuidados paliativos, comunicación empática, identificación de pacientes elegibles y control de síntomas.

Muchos pacientes y familiares van a emergencias en busca de seguridad. Por lo tanto, es esencial que el equipo de emergencia reconozca la importancia de los cuidados paliativos, al reorientar el cuidado enfocado en “salvar vidas” hacia el cuidado que preserva la dignidad humana, reconociendo la muerte como parte del ciclo de vida.

Entre las limitaciones del presente estudio, se destaca el uso de solo cinco bases de datos, sin incluir Web of Science y Embase, y la ausencia de producciones nacionales. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, se espera que el artículo sea una oportunidad de reflexión, especialmente para los profesionales de emergencias, alentándolos a conocer los principios filosóficos de los cuidados paliativos. El objetivo es que estos principios guíen su acción incluso en una dinámica acelerada como la de las emergencias, brindando atención resolutiva al final de la vida a los pacientes y familiares, con compasión, confort y dignidad.

Referencias

1. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. Perm J [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];18(2):77-85. DOI: 10.7812/TPP/13-103

2. Bailey C, Murphy R, Porock D. Trajectories of end-of-life care in the emergency department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2011 [acceso 10 jan 2019];57(4):362-9. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2010.10.010
3. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR. Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acceso 10 jan 2019];16(2):143-7. DOI: 10.1089/jpm.2012.0402
4. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2019];30(4):662-9. DOI: 10.1111/scs.12327
5. Rosenberg M, Rosenberg L. Integrated model of palliative care in the emergency department. *West J Emerg Med* [Internet]. 2013 [acceso 10 jan 2019];14(6):633-6. DOI: 10.5811/westjem.2013.5.14674
6. Wu FM, Newman JM, Lasher A, Brody AA. Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department on inpatient length of stay. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acceso 10 jan 2019];16(11):1362-7. DOI: 10.1089/jpm.2012.0352
7. Grudzen CR, Richardson LD, Major-Monfried H, Kandarian B, Ortiz JM, Morrison RS. Hospital administrators' views on barriers and opportunities to delivering palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2013 [acceso 10 jan 2019];61(6):654-60. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2012.06.008
8. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do palliative care patients present to the emergency department? Avoidable or unavoidable? *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2013 [acceso 10 jan 2019];30(3):253-6. DOI: 10.1177/1049909112447285
9. Bailey FA, Williams BR, Woodby LL, Goode PS, Redden DT, Houston TK *et al.* Intervention to improve care at life's end in inpatient settings: the BEACON trial. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];29(6):836-43. DOI: 10.1007/s11606-013-2724-6
10. Yildirim B, Tanriverdi O. Evaluation of cancer patients admitted to the emergency department within one month before death in Turkey: what are the problems needing attention? *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];15(1):349-53. DOI: 10.7314/apjcp.2014.15.1.349
11. Lane H, Weil J, Jelinek GA, Boughey M, Marck CH, Weiland TJ *et al.* Ideal care and the realities of practice: interdisciplinary relationships in the management of advanced cancer patients in Australian emergency departments. *Support Care Cancer* [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];22(4):1029-35. Disponível: <https://bit.ly/3tnLfJ6>
12. Shearer FM, Rogers IR, Monterosso L, Ross-Adjie G, Rogers JR. Understanding emergency department staff needs and perceptions in the provision of palliative care. *Emerg Med Australas* [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];26(3):249-55. DOI: 10.1111/1742-6723.12215
13. Marck CH, Weil J, Lane H, Weiland TJ, Philip J, Boughey M, Jelinek GA. Care of the dying cancer patient in the emergency department: findings from a National survey of Australian emergency department clinicians. *Intern Med* [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];44(4):362-8. DOI: 10.1111/imj.12379
14. Ouchi K, Wu M, Medeiros R, Grudzen CR, Balsells H, Marcus D *et al.* Initiating palliative care consults for advanced dementia patients in the emergency department. *J Palliat Med* [Internet]. 2014 [acceso 10 jan 2019];17(3):346-50. DOI: 10.1089/jpm.2013.0285
15. Kistler EA, Sean MR, Richardson LD, Ortiz JM, Grudzen CR. Emergency department-triggered palliative care in advanced cancer: proof of concept. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2019];22(2):237-9. DOI: 10.1111/acem.12573
16. Weil J, Weiland TJ, Lane H, Jelinek GA, Boughey M, Marck CH *et al.* What's in a name? A qualitative exploration of what is understood by "palliative care" in the emergency department. *Palliat Med* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2019];29(4):293-301. DOI: 10.1177/0269216314560801
17. Weiland TJ, Lane H, Jelinek GA, Marck CH, Weil J, Boughey M, Philip J. Managing the advanced cancer patient in the Australian emergency department environment: findings from a national survey of emergency department clinicians. *Int J Intern Emerg Med* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2019];8. DOI: 10.1186/s12245-015-0061-8
18. Russ A, Mountain D, Rogers IR, Shearer F, Monterosso L, Ross-Adjie G, Rogers JR. Staff perceptions of palliative care in a public Australian, metropolitan emergency department. *Emerg Med Australas* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2019];27(4):287-94. DOI: 10.1111/1742-6723.12428

19. Fassier T, Valour E, Colin C, Danet F. Who am I to decide whether this person is to die today? Physicians' life-or-death decisions for elderly critically ill patients at the emergency department-ICU interface: a qualitative study. *Ann Emerg Med*. [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2019];68(1):28-39. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2015.09.030
20. Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Locsin RC, Tanioka T *et al*. Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2019]; 63(1): 132-8. DOI: 10.1111/inr.12234
21. Granero-Molina J, Díaz-Cortés MDM, Hernández-Padilla JM, García-Caro MP, Fernández-Sola C. Loss of dignity in end-of-life care in the emergency department: a phenomenological study with health professionals. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2019];42(3):233-9. DOI: 10.1016/j.jen.2015.10.020
22. Rojas E, Schultz R, Linsalata HH, Sumberg D, Christensen M, Robinson C, Rosenberg M. Implementation of a life-sustaining management and alternative protocol for actively dying patients in the emergency department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2019];42(3):201-6. DOI: 10.1016/j.jen.2015.11.006
23. Henson LA, Higginson IJ, Daveson BA, Ellis-Smith C, Koffman J, Morgan M, Gao W. 'I'll be in a safe place': a qualitative study of the decisions taken by people with advanced cancer to seek emergency department care. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2019];6(11). DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012134
24. Kim, Kenneth; Chakravarthy, Bharath; Anderson, Craig; Liao, Solomon. To intubate or not to intubate: emergency medicine physicians' perspective on intubating critically ill, terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2019];54(5):654-60. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.038
25. Jelinek GA, Marck CH, Weil J, Lane H, Philip J, Boughey M, Weiland TJ. Skills, expertise and role of Australian emergency clinicians in caring for people with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2019];7(1):81-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman
26. Green E, Ward S, Brierley W, Riley B, Sattar H, Harris T. "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. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2019];34(10):984-90. DOI: 10.1177/1049909116676774
27. Selman LE, Daveson BA, Smith M, Johnston B, Ryan K, Morrison RS *et al*. How empowering is hospital care for older people with advanced disease? Barriers and facilitators from a cross-national ethnography in England, Ireland and the USA. *Age Ageing* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2019];46(2):300-9. DOI: 10.1093/ageing/afw193
28. Philip J, Remedios C, Breen S, Weiland T, Willenberg L, Boughey M *et al*. The experiences of patients with advanced cancer and caregivers presenting to emergency departments: a qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2018 [acceso 10 jan 2019];32(2):439-46. DOI: 10.1177/0269216317735724
29. Chen H, Johnson M, Boland E, Seymour J, Macleod U. Emergency admissions and subsequent inpatient care through an emergency oncology service at a tertiary cancer centre: service users' experiences and views. *Support Care Cancer* [Internet]. 2018 [acceso 10 jan 2019];27:451-60. DOI: 10.1007/s00520-018-4328-5
30. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2019];38(4). DOI: 10.1590/1983-1447.2017.04.65617

Maria Olivia Sobral Fraga de Medeiros – Magíster – poppmedeiros@yahoo.com.br

 0000-0001-6811-378X

Mariana do Valle Meira – Estudiante de máster – mariana.meira12@gmail.com

 0000-0003-0280-9455

Jacilene Santiago do Nascimento Trindade do Santos – Magíster – jacilenesnts@hotmail.com

 0000-0001-9535-5565

Larissa Chaves Pedreira – Doctora – lchavesp@ufba.br

 0000-0001-8939-324X

Anelise Coelho da Fonseca – Doctora – anelise1976@gmail.com

 0000-0001-6027-2778

Rudval Souza da Silva – Doctor – rudvalsouza@yahoo.com.br

 0000-0002-7991-8804

Correspondencia

Rudval Souza da Silva – Universidade do Estado da Bahia. Colegiado de Enfermagem. Campus VII. Rodovia Lomanto Júnior, BR 407, km 127 CEP 48970-000. Senhor do Bonfim/BA, Brasil.

Participación de los autores

Maria Olivia Sobral Fraga de Medeiros, Mariana do Valle Meira y Rudval Souza da Silva redactaron el manuscrito. Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos, Larissa Chaves Pedreira y Anelise Coelho da Fonseca contribuyeron a la revisión final del texto.

Recibido: 8.1.2020

Revisado: 20.4.2021

Aprobado: 22.4.2021