

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Recibido: 8 de diciembre de 2018

Aceptado: 3 de julio de 2019

Publicado: 1 de agosto de 2019

AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE EMERGENCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

Daniel Vázquez-García (1), Marisa De-la-Rica-Escuín (1), Concepción Germán-Bes (1) y Ana-Luisa Caballero-Navarro (1).

(1) Departamento de Fisiatría y Enfermería. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: Los servicios de urgencias están especializados en la atención de afecciones agudo/críticas de la población, sin embargo, el aumento considerable de enfermedades crónicas que en algunos casos requieren cuidados paliativos ha generado una mayor afluencia de estos pacientes a los departamentos de emergencias (DE), produciéndose en ocasiones, la muerte en los mismos. ¿Cómo perciben y qué tipo de estrategias poseen los profesionales ante el fallecimiento de un paciente en éste servicio? El objetivo de este trabajo fue analizar la percepción y las estrategias de afrontamiento de los profesionales en la atención al final de la vida (FV) en los DE.

Métodos: Revisión sistemática de estudios cualitativos cumpliendo los criterios de la Declaración PRISMA. La búsqueda se realizó en las bases bibliográficas: Pubmed, Web of Science, Scopus, EMBASE, CINAHL, VHL Regional Portal, Cuiden, COCHRANE LIBRARY y JBI. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de medicina/enfermería, con más de un año de experiencia. No se incluyó la atención pediátrica. La calidad metodológica, la extracción de los datos y el proceso de síntesis se realizó mediante las herramientas de la guía para revisiones sistemáticas cualitativas del JBI.

Resultados: Se estructuró los hallazgos extraídos en 4 categorías temáticas: 1) Prioridad de atención profesional según las causas/origen de la muerte; 2) Barreras ambientales en los DE que dificultan la atención al FV; 3) Emociones del profesional frente a la muerte de los pacientes; 4) Estrategias profesionales relacionadas con la muerte del paciente.

Conclusiones: Los profesionales sanitarios (médicos/enfermeras) afrontan de forma más eficaz los fallecimientos ocasionados por causas de origen agudo/críticas, frente las presentadas por causas crónico/paliativas. Las características del entorno y la falta de formación para el afrontamiento profesional se destacan como factores que dificultan la atención al FV en estos departamentos.

Palabras clave: Actitud frente a la muerte, Actitud del personal de salud, Cuidados paliativos al final de la vida, Enfermería de cuidados paliativos al final de la vida, Enfermo terminal, Investigación cualitativa, Medicina paliativa, Servicio de urgencia en hospital, Servicios médicos de urgencias.

Correspondencia:
Daniel Vázquez-García.
Departamento de Fisiatría y Enfermería.
Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte.
Universidad de Zaragoza.
C/ Domingo Miral.
50009, Zaragoza.
642298@unizar.es

ABSTRACT

Healthcare professionals' perceptions and confrontation at patients' end-of-life in emergency departments: A qualitative systematic review

Background: Emergency services are specialized in population's severe illness care. However, the increasing trend of chronic patients which in some cases require of palliative care, has lead to a higher influx of this type of patients in emergency services, thus growing the rate of deaths consequently. How is this fact perceived by the health professionals and which strategies they count on to face patients' death? The aim of this work was to deeply review the perception and the strategies to face patients' death in the end-of-life (EOL) at emergency services.

Methodology: Systematic review of qualitative studies was made according to PRISMA statements. Research was performed in the following bibliographic databases: Pubmed, Web of Science, Scopus, EMBASE, CINAHL, VHL Regional portal, Cuiden, COCHRANE LIBRARY and JBI. Inclusion criteria were as follows: Physicians and Nurses with at least one year of working experience as health professionals, Pediatric care excluded. Methodological quality, data extraction and its inclusion process was made in agreement with the tools described in JBI.

Results: The extracted findings were structured and added in 4 thematic categories: 1) Priority of professional attention according to the causes and origin of patient's death; 2) Environmental barriers in the department hindering attention at the EOL; 3) professionals' emotions dealing with patients' death; 4) Professional strategies dealing with patient' death.

Conclusion: Health care professionals (Physicians and nurses) face more efficiently patients' death when is caused by a critic disease than when is caused by chronic/palliative diseases. Environment and the lack of training have been identified as factors that difficult end-of-life attention in emergency services.

Key words: Attitude to death, Attitude of health personnel, Emergency medical services, Emergency service hospital, Hospice care, Hospice and palliative care nursing, Palliative medicine, Terminally ill, Qualitative research.

Cita sugerida: Vázquez-García D, De-la-Rica-Escuín M, Germán-Bes C, Caballero-Navarro AL. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. Rev Esp Salud Pública.2019;93: 1 de agosto e201908051.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos incluyen el enfoque de mejora para la calidad de vida de los pacientes y sus familiares ante los problemas asociados a una enfermedad terminal mediante la prevención, el alivio del sufrimiento, la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales⁽¹⁾. El aumento de la esperanza de vida, junto a la creciente tasa de enfermedades crónicas en la población, hace que este proceso pueda dilatarse de forma diferente en el tiempo, siendo difícil predecir el momento exacto de la muerte de una persona⁽²⁾. Sin embargo, independientemente de cual sea su evolución, la etapa final del proceso engloba la denominada atención al final de la vida (FV), es decir, aquellos cuidados centrados en los momentos previos a la muerte y que suelen coincidir con la denominada fase de agonía⁽³⁾.

En el contexto social actual, el progreso de los hospitales como medio asistencial ha promovido que los cuidados al FV se hayan desplazado desde el hogar al ámbito sanitario, convirtiéndose así en una responsabilidad de los sistemas de salud⁽⁴⁾. En consecuencia, se ha generado un aumento de determinados servicios especializados en patologías y sucesos íntimamente asociados al proceso de la muerte, como las unidades de atención al paciente crónico-dependiente o los servicios de cuidados paliativos⁽⁵⁾. No obstante, el fallecimiento de una persona puede acontecer de forma casual en departamentos donde la atención terminal no se corresponde con los cuidados habituales ejercidos por los profesionales. Es el caso concreto de los servicios de urgencias, departamentos cuyas competencias sanitarias están centradas en estabilizar y conservar la vida de las personas^(6,7).

Las investigaciones al respecto señalan que, cuando un paciente fallece en el servicio de urgencias, la muerte puede acontecer desde dos

perspectivas diferentes según la causa y origen de la misma^(8,9). En primer lugar, se encuentran los pacientes que acuden al servicio por problemas de salud de origen agudo/crítico. Son patologías relacionadas con las competencias profesionales más comunes en emergencias, como las afecciones de origen cardiaco/neurológico en personas previamente estables; o los accidentes con secuelas traumatológicas⁽¹⁰⁾. En segundo lugar, aparecen aquellos pacientes que fallecen por causas crónicas/paliativas. Es decir, pacientes de edad avanzada, o con una patología terminal ya conocida que, por un empeoramiento de su sintomatología, acuden al servicio y acaban falleciendo en él⁽¹¹⁾.

Los recursos en éste ámbito asistencial son pobres para autores como Kongsuwan et al, donde refieren las dificultades que presentan los profesionales para afrontar la muerte en un medio donde salvar la vida es la prioridad, entendiendo la muerte como un fracaso del proceso asistencial⁽¹²⁾. Iglesias y La Fuente señalan importantes déficits en la logística que dificultan la atención terminal de estos departamentos en nuestro país. Concretamente señalan una falta de comunicación interdisciplinaria entre los distintos niveles asistenciales, resaltando cómo una adecuada red de atención entre profesionales de emergencias, especialistas y atención primaria puede evitar la llegada de pacientes a los servicios de urgencias con una muerte inminentemente cercana en el tiempo⁽¹³⁾. Estos autores coinciden además en señalar que la falta de recursos, presentes en otros países y una inadecuada estructura arquitectónica y organizativa, no favorecen los cuidados al FV en los departamentos⁽¹⁴⁾, así como la falta de formación por parte del personal de emergencia en cuidados paliativos⁽¹⁵⁾.

Durante el fallecimiento de un ser querido acontecen varios conflictos de índole familiar, social y espiritual que afectan en sí al bienestar de la persona. En concreto, la etapa final se

presenta para muchos familiares como un momento estresante y angustiante, sintiéndose desbordados ante la falta de recursos para enfrentar el proceso, lo que genera en ocasiones la derivación del enfermo al servicio de urgencias⁽¹⁶⁾. Sin embargo, en este medio los cuidadores y familiares resaltan una falta de intimidad, asesoramiento y apoyo emocional por parte de los profesionales sanitarios, experimentado así una situación traumática durante el proceso asistencial⁽¹⁷⁾.

El escenario de la atención al FV en los servicios de urgencias presenta pues una serie de elementos que, en su mayoría, son implícitos y dificultan el estudio del proceso de la muerte a través de métodos de investigación más convencionales, manteniendo parte de esta realidad oculta o negada. En nuestro contexto, este hecho resalta la necesidad de abordar el problema de salud expuesto mediante una metodología más amplia que, en definitiva, permita analizar y evaluar de forma consciente los factores que envuelven al profesional durante el cuidado del paciente terminal. En este caso, la investigación cualitativa en salud se presenta como una herramienta capaz de reconocer y dar respuesta a los factores más intrínsecos de la atención sanitaria. Además, este tipo de investigación es fundamental para explicar el significado de los factores medidos en estudios cuantitativos, ayudando a aumentar el nivel de evidencia de las investigaciones sobre el tema⁽¹⁸⁾.

En la práctica, conocer cómo afrontan los profesionales de emergencias la muerte de un paciente es fundamental para mejorar la seguridad y calidad de los servicios de salud. Además, permite conocer las deficiencias y dificultades presentadas en el medio sanitario para atender al paciente y su familia cuando va a fallecer en un servicio de emergencias. En la bibliografía se muestran varios estudios que analizan la percepción profesional de la muerte desde una perspectiva cualitativa en

los DE^(19,20,21). Sin embargo, no existe ningún artículo de revisión que congregue los datos de las experiencias de estos profesionales y que ofrezcan una respuesta general a algunas de las siguientes preguntas de investigación: ¿De qué manera perciben y afrontan los profesionales sanitarios la muerte de un paciente en el servicio de urgencias? ¿Qué estrategias de atención profesional se describen en los estudios de metodología cualitativa ante los cuidados al final de la vida en estos departamentos?

El objetivo de esta revisión fue analizar la percepción y afrontamiento profesional en médicos y enfermeras ante la muerte de un paciente en los servicios hospitalarios de emergencias.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio posee registrado un protocolo de revisión en la Plataforma Prospero con el número de identificación: CRD42018090980.

Criterios de inclusión:

- Tipos de participantes: Profesionales de medicina y enfermería de los DE hospitalarios.
- Criterios de inclusión: Estudios con una muestra de profesionales a tiempo completo y parcial, con una experiencia profesional mínima de un año en el departamento. Se incluyeron artículos escritos en inglés, español, portugués, francés y alemán; publicados entre el 1 enero de 2007 y el 30 de junio de 2018.
- Fenómeno de interés: El fenómeno de interés fueron las percepciones y estrategias de afrontamiento de los profesionales sanitarios ante la muerte de un paciente en el servicio de urgencias.
- Contexto: Se incluyeron estudios de hospitales terciarios, regionales y comunitarios. No se incluyeron muestras de profesionales de hospitales pediátricos.

– Tipos de estudio: Se revisaron artículos de investigaciones cualitativas con diseños basados en la fenomenología, la teoría fundamentada, la etnografía, la investigación-acción y la investigación feminista.

Estrategia de búsqueda: La estrategia de búsqueda se desarrolló siguiendo los criterios de la Declaración PRISMA. La búsqueda se realizó en inglés y español en el orden a continuación descrito en las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus, EMBASE, CINAHL, VHL Regional Portal, Cuiden, COCHRANE LIBRARY y JBI. Los términos MESH que se incluyeron durante la misma fueron: “Attitude to death”, “Attitude of health personnel”, “Emergency medical services”, “Emergency service Hospital”, “Hospice care”, “Hospice and palliative care nursing”, “Palliative care”, “Palliative medicine”, “Terminal care”, “Terminally ill”, “Qualitative research”. Finalmente se llevó a cabo una búsqueda de las referencias citadas de los documentos seleccionados.

Evaluación de la calidad metodológica: Se evaluaron los artículos seleccionados por dos revisores de forma independiente. Se resolvieron los desacuerdos entre ambos con una discusión y, en caso de desacuerdo, con un tercer revisor. Para la revisión metodológica, se evaluaron los artículos con la herramienta *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*⁽²²⁾. En concreto, este instrumento valora la calidad metodológica a partir de un análisis exhaustivo de los siguientes elementos en forma de preguntas (Q): perspectiva filosófica adecuadamente establecida (Q1); congruencia entre la metodología de estudio con la pregunta de investigación (Q2), los métodos cualitativos (Q3), el análisis de los datos (Q4) y la interpretación de los resultados (Q5); adecuada referencia del paradigma teórico o cultural del investigador (Q6); control de la influencia del investigador en el estudio (Q7), adecuada representación de

los participantes y sus transmisiones (Q8); aprobación ética por el organismo apropiado (Q9); adecuada redacción e interpretación de las conclusiones finales del estudio (Q10). Se incluyeron todos aquellos artículos con una puntuación positiva en el 80% de los ítems⁽²²⁾.

Extracción de datos: Se llevó a cabo mediante el instrumento *JBI QARI Data Extration From for Interpretive and Critical Research*⁽²²⁾. Esta herramienta favorece la organización y agregación de los datos cualitativos presentes en los estudios. En los datos extraídos, se incluyeron detalles específicos relacionados con el objetivo de la revisión. Durante el proceso, se obtuvo información significativa sobre las intervenciones, las poblaciones, los métodos y los resultados de estudio.

Síntesis de datos: Se realizó según el procedimiento para la meta-agregación de datos de la guía de JBI para revisiones sistemáticas de estudios cualitativos⁽²²⁾. Ésta consta de tres fases: 1) Extracción de todos los hallazgos incluidos en los documentos seleccionados; 2) Desarrollo de los resultados en temas a partir de los hallazgos similares. 3) Unificación de los resultados en categorías temáticas. Los hallazgos se seleccionaron a través de la lectura crítica de los estudios seleccionados. Las categorías temáticas se agruparon en función de los conceptos definidos en los artículos revisados y fueron descritas mediante un consenso entre los dos autores encargados del proceso de revisión.

Sesgos en el proceso de revisión: Para controlar el sesgo de publicación, se excluyeron los documentos duplicados y se amplió la búsqueda en varios idiomas. Para minimizar el sesgo de selección, se realizó la evaluación de forma ciega e independiente por dos investigadores siguiendo los criterios PRISMA y la guía para la realización de revisiones sistemáticas cualitativas de JBI⁽²²⁾.

RESULTADOS

Estudios incluidos: Tras aplicar los criterios de inclusión/exclusión señalados en la metodología, se obtuvo un total de 20 documentos. Los resultados de la búsqueda bibliográfica se presentan en la [figura 1](#).

Calidad Metodológica: De los 20 artículos analizados, únicamente se obtuvieron 14 con una calificación positiva en el 80% de las preguntas de evaluación metodológica del instrumento *JBIC-Qualitative Critical Appraisal Checklist*. Los resultados se muestran en la [tabla 1](#).

Características de los estudios incluidos: Todos los documentos incluidos son artículos originales. El diseño de estudio de éstos incluye técnicas como

la observación participante o no participante, las entrevistas en profundidad o semiestructurada y los grupos focales. La muestra de los profesionales de enfermería es mucho mayor que la representada por los médicos de urgencias. Concretamente, estos últimos solo se incluyen en 6 de los 14 estudios seleccionados. La procedencia de los artículos ha sido muy variada, incluyendo muestras de Francia, España, Tailandia, China, Australia, Estados Unidos, Brasil y Reino Unido. En cuanto al año de publicación, 5 artículos se han presentado en el año 2016, 2 en 2015, 1 en 2013, 5 en 2011 y 1 en 2009. Un resumen de estos hallazgos se presenta en la [tabla 2](#).

Categorización temática y Meta-agregación de los datos: Se obtuvieron un total de 268 hallazgos sintetizados en 21 temas. Los hallazgos extraídos

Figura 1
Resultados de la búsqueda (Diagrama de flujo - PRISMA).

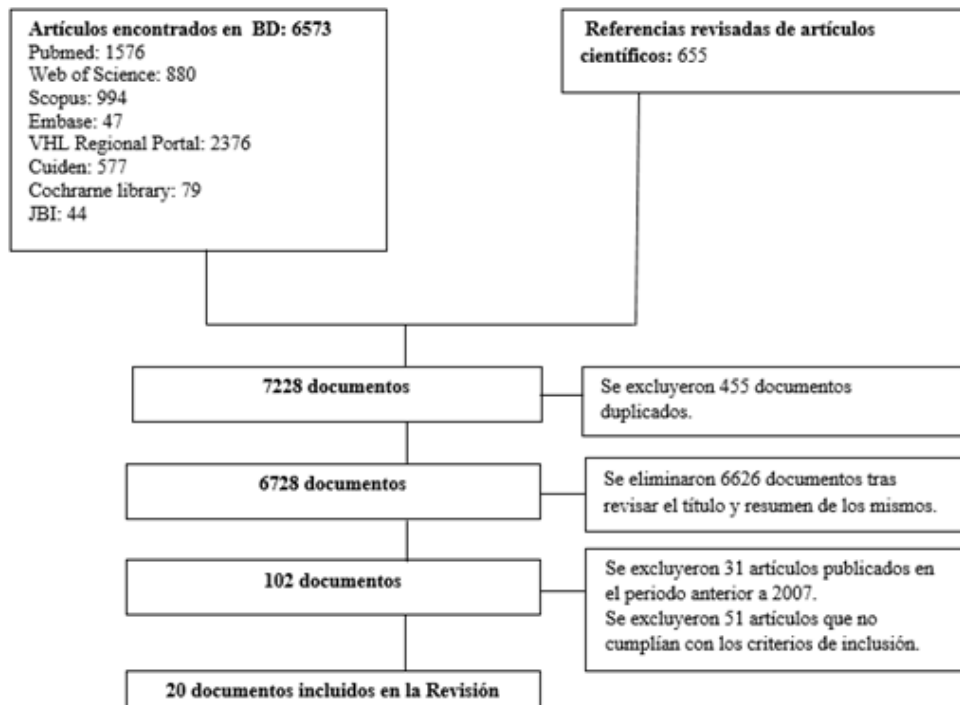


Tabla 1
Resultados del análisis crítico de los artículos incluidos en el estudio con la herramienta
“JBI-Qualitative Critical Appraisal Checklist”.

Referencia del estudio	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	T
Fassier et al⁽¹⁹⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	9
Granero-Molina et al⁽²⁰⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Hogan et al⁽²¹⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Kongsuwan et al⁽¹²⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Tse et al⁽¹¹⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Decker et al⁽²³⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Wolf et al⁽⁷⁾	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	9
Queiroz et al⁽⁴⁵⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Bailey et al (a)⁽²⁴⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Bailey et al (b)⁽²⁶⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Bailey et al (c)⁽³⁵⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Chan et al⁽⁸⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10
Tome et al⁽⁴⁰⁾	Y	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y	8
Magela et al⁽⁴¹⁾	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	10

Preguntas: T- Valor total; Y - Sí, N - No, U - Poco claro, N/A - No mencionado.

Tabla 2
Características de los estudios incluidos.

Autor	Año de publicación	País	Diseño de estudio	Características de la muestra	Tipo de Documento	Fenómeno de interés
Fassier et al⁽¹⁹⁾	2016	Francia	ONP; ES	324 Horas de observación; 15 PM	AO	Percepciones y actitudes profesionales ante FV.
Granero-Molina et al⁽²⁰⁾	2016	Almería, España	GF; ES	10 PM; 16 PE.	AO	Experiencias con respecto a la pérdida de dignidad en los cuidados FV.
Hogan et al⁽²¹⁾	2016	Ottawa, Canadá	ES	11 PE	AO	Experiencias del cuidador profesional ante pacientes que fallecen en urgencias.
Kong-suwan et al⁽¹²⁾	2016	Tailandia	ES	13 PE	AO	Experiencia profesional en el cuidado de pacientes críticos y moribundos.
Tse et al⁽¹¹⁾	2016	Hong Kong, China	ES	16 PE	AO	Percepciones profesionales en la atención al FV.
Decker et al⁽²³⁾	2015	Australia	GF	25 PE	AO	Experiencias, actitudes y creencias en la atención al FV.
Wolf et al⁽⁷⁾	2015	EE.UU	GF	17 PE	AO	Percepciones y desafíos en el cuidado de pacientes al FV.
Queiroz et al⁽⁴⁵⁾	2013	São Paulo, Brasil.	ES	12 PE	AO	Experiencia de los profesionales de enfermería ante el fallecimiento de los pacientes.
Bailey et al (a)⁽²⁴⁾	2011	Reino Unido	ONP; ES	960 Horas de observación 2 PM; 11 PE	AO	Cuidados al FV en moribundos, fallecidos y en el duelo familiar.
Bailey et al (b)⁽²⁶⁾	2011	Reino Unido	ONP; ES	2 PM, 11 PE	AO	Actitudes profesionales ante la atención al FV.
Bailey et al (c)⁽³⁵⁾	2011	Reino Unido	ONP; ES	900 Horas de observación 2 PM; 10 PE	AO	Manejo emocional del profesional de enfermería en la atención al FV.
Chan et al⁽⁸⁾	2011	California, EE.UU	OP; ES	3 PM; 5 PE	AO	Enfoques profesionales de la atención al FV.
Tome et al⁽⁴⁰⁾	2011	São Paulo, Brasil	ES	12 PE	AO	Experiencia de los profesionales de enfermería en la atención al FV.
Magela et al⁽⁴¹⁾	2009	São Paulo, Brasil	ES	16 PE	AO	Sentimientos en los profesionales de enfermería ante la muerte de un paciente.

AO - Artículo original; CM - Características de la muestra; ES - Entrevistas semiestructuradas; GF - Grupos focales; ONP - Observación no participante; OP - Observación Participante; PE - Profesionales de enfermería; PM - Profesionales de medicina.

se han estructurado y agregados entre sí atendiendo a los fenómenos de mayor interés. Se generaron 4 categorías temáticas que engloban y dan respuesta al objetivo de la revisión: categoría

temática 1: “Prioridad de atención profesional según las causas y origen de la muerte del paciente”; categoría temática 2: “Barreras del entorno en el departamento de emergencia que

Figura 2
Resumen de meta-agregación en categoría temática 1:
Prioridad de Atención profesional según las causas y origen de la muerte del paciente.

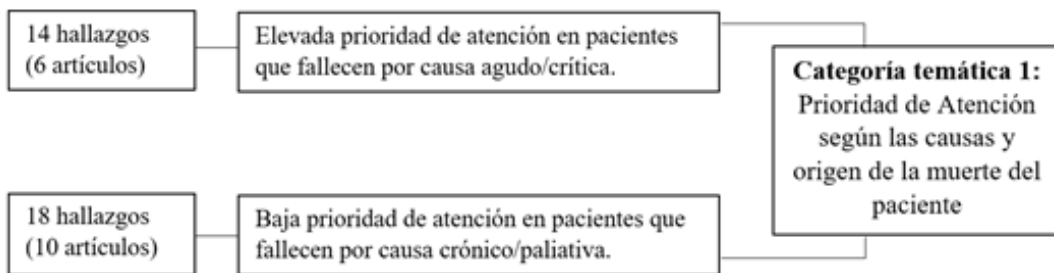
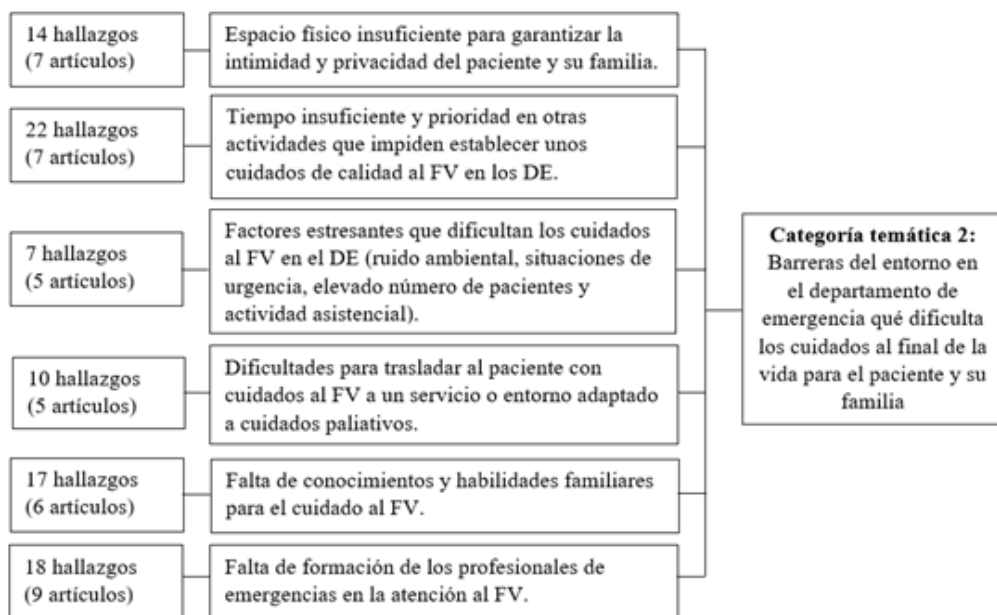


Figura 3
Resumen de la meta-agregación en categoría temática 2:
Barreras del entorno en el departamento de emergencia que dificulta los cuidados al final de la vida para el paciente y su familia.



dificulta los cuidados al FV para el paciente y su familia”; categoría temática 3: “Emociones de los profesionales ante el afrontamiento de la muerte de un paciente”; categoría temática 4:

“Estrategias de afrontamiento profesional ante la muerte de un paciente”. Los resultados de la categorización y la meta-agregación se muestran en las figuras 2, 3, 4, y 5.

Figura 4
Resumen de la meta-agregación en categoría temática 3:
Emociones de los profesionales ante el afrontamiento de la muerte de un paciente.

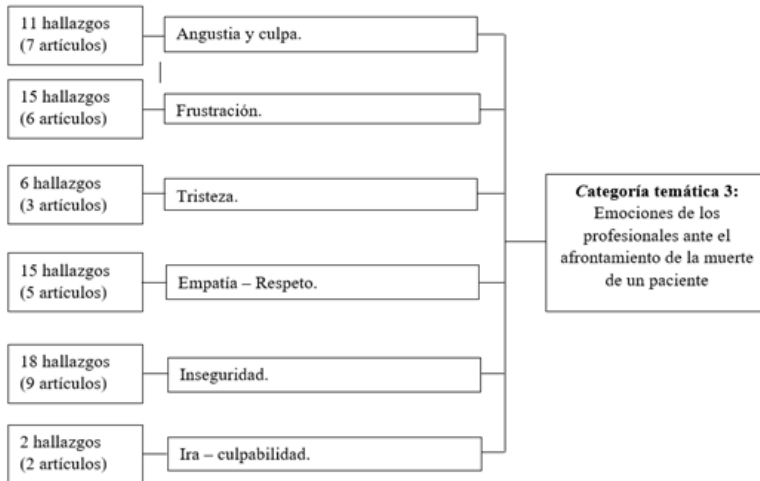


Figura 5
Resumen de la meta-agregación en categoría temática 4:
Estrategias de afrontamiento profesional ante la muerte de un paciente.



DISCUSIÓN

Limitaciones: Al ser estudios de diferentes países, se ha de tener en cuenta que en cada territorio las políticas sanitarias difieren, con una diferencia en la cartera de servicios, recursos y formación en salud exclusiva de cada estado⁽¹⁰⁾. Además, en estos estudios la muestra de profesionales de enfermería posee una mayor representación frente a la de los médicos. Ambas cuestiones deben ser consideradas al extrapolar los resultados de la revisión a otras poblaciones. Por otro lado, en la bibliografía se presenta una confusión y un uso inadecuado de los términos “FV” y “Cuidados Paliativos”. Ambos términos se utilizan como sinónimos en diversos estudios. Sin embargo, su definición es distinta, ya que los “Cuidados Paliativos” abarcan todo el proceso de atención terminal en una persona, mientras que los cuidados al FV solo incluyen los momentos previos a la muerte⁽²³⁾. Esto ha requerido un análisis exhaustivo y crítico de los trabajos analizados que, aun utilizando el término FV, no respondían a la pregunta de investigación y han sido descartados de la revisión. Por último, cabe señalar que algunos documentos no han podido ser incluidos en la revisión por presentarse en idiomas cuya traducción ha quedado fuera de las posibilidades de la investigación (cómo el coreano o el japonés).

Prioridad de Atención según las causas y origen de la muerte del paciente: Los profesionales de emergencias están formados en cuidados críticos, pero el nivel de los conocimientos aplicados al paciente moribundo es inferior debido a que estos no perciben su cuidado como parte de su labor asistencial⁽²⁴⁾. De esta forma, la atención es mayor en los casos donde la muerte está relacionada con actividades propias de los DE, dando una mayor prioridad a las muertes relacionadas con una causa de origen agudo/crítico⁽⁷⁾.

El afrontamiento profesional ante la muerte también es percibido de forma distinta por médicos y enfermeras. Chan et al señalan

cómo las enfermeras son más conscientes del fallecimiento de un paciente en un proceso agudo/crítico, aceptando la muerte cuando las medidas de resucitación no son efectivas, a diferencia de los médicos, que continúan con los tratamientos de salvación a pesar de la situación terminal inminente⁽⁸⁾.

En la bibliografía actual varios estudios dan respuesta a las diferencias en la percepción profesional al FV entre los casos por enfermedad aguda/crítica y crónico/paliativa. Por un lado, autores como Grudzen et al señalan la diferencia en la atención de ambas causas por una falta de directrices clínicas en los cuidados al FV⁽²⁵⁾. Otros autores, como Bailey et al manifiestan este hecho con un mayor aislamiento y abandono de la atención del paciente que fallece por una patología crónica en los DE⁽²⁶⁾. Concretamente, Grudzen et al explican este último comportamiento por una falta de aceptación o rechazo de los profesionales de urgencias por no considerarlo un servicio adecuado para ofrecer cuidados terminales⁽²³⁾. Por otro lado, Rivet et al indican que la atención inadecuada ante una muerte agudo/crítica no es responsabilidad total del profesional de emergencias, ya que se trata de eventos con una rápida evolución en el tiempo que limitan las posibilidades de planificar unos cuidados paliativos de calidad⁽²⁷⁾.

Barreras del entorno en el DE qué dificultan los cuidados al FV para el paciente y su familia: Los profesionales sanitarios perciben el DE cómo un entorno estresante, caótico, ruidoso y con poco tiempo para ofrecer cuidados de calidad al FV^(7,28,29). La alta demanda de los servicios, junto a la alta necesidad de atender a muchos pacientes, generan una alta carga de trabajo que explica la falta de tiempo del profesional para dar cuidados terminales^(23,21). Así lo indica Ka-Ming Ho en su estudio, señalando la elevada carga de trabajo como el principal obstáculo para ofrecer cuidados de calidad al FV en los DE⁽³⁰⁾. Las características arquitectónicas tampoco facilitan los cuidados al FV, ya que los

servicios de urgencias actuales están diseñados para ofrecer una atención crítica y aguda, con falta de estructuras que faciliten los cuidados terminales^(18,20,31). Concretamente en el estudio de Beckstrand et al, las enfermeras señalan el mal diseño de los DE como uno de los 3 principales obstáculos para proporcionar una atención terminal optima⁽³²⁾. Las pautas de atención en la bibliografía reconsideran la necesidad de generar cambios en el diseño que favorezcan la atención al FV^(33,34). Concretamente, Hogan et al And Bailey et al resaltan la necesidad de crear espacios específicos que garanticen la privacidad de la familia y del paciente que va a fallecer en el servicio^(21,35).

La necesidad de formación en cuidados al FV es otra de las barreras más señaladas en la bibliografía actual^(15,36). Por un lado, los profesionales señalan su preocupación por la falta de conocimientos en asuntos médico-legales y por las pautas de atención en el manejo de los síntomas al FV^(25,32). De igual modo, Russ et al presentan en su estudio el deseo de los profesionales de mejorar las habilidades de interacción en el trato con pacientes al FV, indicando un conocimiento limitado en esta área de especialización⁽³⁷⁾. Por el contrario, autores como Decker et al señalan cómo los profesionales refieren no necesitar formación en cuidados paliativos, valiéndose de su propia experiencia para atender a los pacientes que fallecen en el servicio⁽²³⁾. Ante esto, autores como Forero et al proponen el entrenamiento de simulación cómo estrategia de formación para mejorar las habilidades del manejo de los cuidados terminales⁽³⁸⁾. Tzu-Chieh et al profundizaron más en el tema, validando la eficacia de un programa de atención al paciente con necesidades paliativas en emergencias, demostrando mejorar la capacidad de las enfermeras de estos servicios en los cuidados⁽³⁹⁾.

Emociones de los profesionales ante el afrontamiento de la muerte de un paciente: Los profesionales de los DE manifiestan diferentes

emociones al tratar con el paciente y su familia. Respecto al FV. Weiland et al señalan que la frustración profesional aparece al no poder proporcionar un nivel adecuado de atención en enfermedades terminales⁽³³⁾. El sufrimiento se asocia al contacto con la familia ante la pérdida de la vida del paciente⁽⁴⁰⁾. La inseguridad se ha relacionado con déficits educativos en aspectos legales y éticos al FV y a la falta de estrategias de atención hacia el paciente⁽¹⁸⁾. Así pues, las emociones negativas fomentan la evitación profesional ante el proceso de la muerte, limitando el desarrollo de estrategias de afrontamiento personal⁽³¹⁾. Granero-Molina et al señalan que los profesionales de urgencias evitan el contacto con el paciente al no ser capaces de lidiar con las efusiones emocionales que acompañan al proceso de la muerte⁽²⁰⁾. Otros por el contrario indican que los profesionales de emergencias sí poseen herramientas emocionales adecuadas basadas en la propia experiencia y que han sido adquiridas durante situaciones pasadas en el cuidado de pacientes terminales⁽⁴¹⁾. El desarrollo de herramientas sobre inteligencia emocional y manejo de la ansiedad mediante el control emocional y el desarrollo de habilidades interpersonales y terapéuticas podrían ayudar a preparar al profesional ante los cuidados al FV^(7,12). En la literatura, Wolf et al señalan la importancia de avanzar en la investigación que enlaza inteligencia emocional con educación, práctica y liderazgo de enfermería⁽⁷⁾. Del mismo modo, Tome et al sugieren profundizar en la identificación y la conmoción por el sufrimiento del familiar en duelo, así como en las propias vivencias del profesional ante la muerte⁽⁴⁰⁾. Estos últimos además manifiestan emociones positivas por parte del profesional de urgencias durante los cuidados al FV. Concretamente, señalan la empatía, los cuidados no protocolizados o invisibles (acompañamiento, escucha activa) como parte de las emociones positivas dentro de la atención terminal en los DE.

Estrategias de afrontamiento profesional ante la muerte de un paciente: En las causas de muerte de origen agudo/crítico, la despersonalización y percepción del cuerpo como un objeto dificulta la atención en las necesidades de los pacientes y familiares al FV⁽⁷⁾, relacionándose en la bibliografía con mayores niveles de agotamiento profesional⁽²⁰⁾. Por otro lado, En las patologías de origen crónico/paliativo, los profesionales de urgencias suelen ubicar al paciente y su familia en zonas alejadas y aisladas de la unidad. En ambos procesos el profesional intenta evitar el contacto con el paciente, generando una menor atención profesional, disminuyendo la comunicación y resolución de la muerte con el enfermo y su familia^(26,42). Ante estas actitudes, la bibliografía resalta la importancia de desarrollar distintas estrategias de afrontamiento, como la presencia de familiares durante el proceso de reanimación, mejoras en la comunicación profesional-paciente, o la resolución de casos clínicos aislados mediante la discusión del equipo de salud^(28,21).

Ante la falta de estrategias, los profesionales de los DE transfieren a menudo la atención del paciente terminal a otros proveedores de servicios, evitando el conflicto y desvinculándose del proceso de atención del paciente⁽⁴³⁾. Autores como Hogan et al difieren sobre este hallazgo, señalando que el trabajo interdisciplinar y la colaboración entre servicios centrados en la atención terminal es adecuada en los DE⁽²¹⁾. Otros, como Granero-Molina et al señalan una falta de colaboración entre los propios miembros del equipo de urgencias. Concretamente entre médicos y enfermeras, donde la marcada diferenciación de roles y funciones de cada profesional en el servicio dificulta la colaboración conjunta de los cuidados al FV, generando la denominada “fragmentación de la atención”⁽²⁰⁾. Ante lo expuesto, la bibliografía al respecto resalta las ventajas de la colaboración multidisciplinar tanto dentro como fuera de los DE, señalando cómo ésta favorece el proceso de los cuidados y ofrece

a los profesionales de urgencias nuevas estrategias de comunicación y afrontamiento^(10,44).

Por último, cabe resaltar la importancia que posee para el profesional la propia experiencia y percepción del proceso de la muerte en la atención al FV. Las propias creencias son utilizadas como una estrategia eficaz en el afrontamiento de la muerte, aportando al profesional un conocimiento adquirido a través de sus propias experiencias en el departamento⁽³³⁾.

Futuras investigaciones. La población de estudio de esta revisión se centró en profesionales de medicina y enfermería de los DE. En estos trabajos los autores no diferencian la percepción de ambas categorías desde las funciones y roles propios de cada profesión, por lo que se resalta la necesidad de analizar este factor en futuras investigaciones. Del mismo modo, explorar la percepción y las estrategias de afrontamiento de otras categorías sanitarias con menor representación en los estudios actuales ayudaría a conocer con mayor profundidad la situación de este fenómeno.

Durante la revisión, se ha observado una falta considerable de estudios en DE de entornos rurales. Se señala la necesidad de explorar en un futuro la atención al FV por los profesionales que atienden en este medio.

Los resultados de la revisión pueden ser útiles para orientar las políticas sanitarias y las estrategias de acción profesional dirigidas a varios objetivos, siendo el primero y central el mejorar la atención del paciente y sus familiares al FV en los DE. Esto requerirá una serie de cambios, entre ellos se destaca una mejora en la distribución de los espacios en estos departamentos, la actualización de la formación profesional al FV y la mejora en la comunicación interdisciplinar entre el equipo de urgencias y otros profesionales especializados en cuidados paliativos.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo ofrecido durante la búsqueda bibliográfica por parte de los profesionales de documentación de las bibliotecas públicas de la Universidad de Zaragoza (Facultad de Ciencias de la Salud) y bibliotecas de los hospitales integrados en el sistema nacional de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. De igual modo, Agradecimientos al equipo docente del programa de doctorado en ciencias de la salud por su dedicación y contribución en la elaboración de la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [Internet]. [cited 2019 Jun 12]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Wright RJ, Lowton K, Robert G, Grudzen CR, Grocott P. Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study. *Palliat Med.* 2018;32(2):417–25.
3. Norton CK, Hobson G, Kulm E. Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. *J Emerg Nurs.* 2011;37(3):240–5.
4. Youens D, Moorin R. The impact of community-based palliative care on utilization and cost of acute care hospital services in the last year of life. *J Palliat Med.* 2017;20(7):736–44.
5. Siegel M, Bigelow S. Palliative Care Symptom Management in The Emergency Department: The ABC's of Symptom Management for The Emergency Physician. *J Emerg Med.* 2017;(July):1–8.
6. Gurney, Diane; Baxter, Todd; Bush K et ál. Palliative and End-of-life care in the emergency setting. *J Emerg Nurs.* 2016;42(3):246–9.
7. Wolf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD, Baker KM, et al Exploring the management of death: Emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2015;41(5):23–33.
8. Chan GK. Trajectories of approaching death in the emergency department: Clinician narratives of patient transitions to the end of life. *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(6):864–81.
9. Grudzen C. At the end of life, sometimes less is more. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1201.
10. Basol, Nursah. The integration of palliative care into the emergency department. *Turkish J Emerg Med.* 2015;15(2):100–7.
11. Wai Keung Tse J, Shuk Yu Hung M, Pang SMC. Emergency nurses' perceptions of providing end-of-life care in a Hong Kong emergency department: A qualitative study. *J Emerg Nurs.* 2016;42(3):224–32.
12. Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Locsin RC, Tanioka T, Yasuhara Y. Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *Int Nurs Rev.* 2016;63(1):132–8.
13. Iglesias ML, Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. *An Sis San Navarra [online].* 2010;33, suppl:173–91.
14. Couilliot MF, Vassy C, Leboul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital: prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy).* 2011;23(4):269–78.
15. McEwan A, Silverberg JZ. Palliative Care in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am.* 2016;34(3):667–85.
16. 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.* 2013;20(1):10–8.
17. Ruiz-Fernández M, Ortega-Galán A, Cabrera-Troya J, Ibañez-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.* 2017;14(1):10–8.
18. Gloss K. End of life care in emergency departments: a review of the literature. *Emerg Nurse.* 2017;25(2):29–38.
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.* 2016;68(1):28–39.
20. Granero-Molina J, Díaz-Cortés M del M, 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.* 2016;42(3):233–9.
21. Hogan KA, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG. When someone dies in the emergency department: Perspectives of emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2016;42(3):207–12.
22. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
23. 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.* 2015;18(2):68–74.
24. Bailey C, Murphy R, Porock D. Trajectories of end-of-life care in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2011;57(4):362–9.
25. 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.* 2013;61(6):654–60.
26. Bailey C, Murphy R, Porock D. Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Soc Sci Med.* 2011;73(9):1371–7.
27. Rivet EB, Ferrada P, Albrecht T, Cassel JB, Broering B, Noreika D, et al The American Journal of Surgery Characteristics of palliative care consultation at an academic level one trauma center. *Am J Surg.* 2017;4–7.
28. 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.* 2014;22(4):1029–35.
29. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR. Palliative care provision in the emergency department: Barriers reported by emergency physicians. *J Palliat Med.* 2013;16(2):143–7.
30. Ka-Ming Ho J. Resuscitation versus end-of-life care: Exploring the obstacles and supportive behaviors to providing end-of-life care as perceived by emergency nurses after implementing the end-of-life care pathway. *Appl Nurs Res.* 2016;29:e7–13.
31. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australas Emerg Nurs J.* 2013;16(4):152–9.
32. Beckstrand RL, Giles VC, Luthy KE, Callister LC, Heaston S. The last frontier: Rural emergency nurses' perceptions of end-of-life care obstacles. *J Emerg Nurs.* 2012;38(5):15–25.
33. Weiland TJ, Lane H, Jelinek GA, Marck CH, Weil J, Boughey M, et al Managing the advanced cancer patient in the Australian emergency department environment: findings from a national survey of emergency department clinicians. *Int J Emerg Med.* 2015;8(1):14.
34. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med.* 2011;14(8):945–50.

35. Bailey C, Murphy R, Porock D. Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3364-72.
36. Lamba S, Mosenthal AC. Hospice and palliative medicine: A novel subspecialty of emergency medicine. *J Emerg Med*. 2012;43(5):849-53.
37. Russ A, Mountain D, Rogers IR, Shearer F, Monterosso L, Ross-Adjie G, et al Staff perceptions of palliative care in a public Australian, metropolitan emergency department. *Emerg Med Australas*. 2015;27(4):287-94.
38. Forero R, McDonnell G, Gallego B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C, et al A literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emerg Med Int*. 2012;2012:1-11.
39. Tzu-Chieh W, Ya-Chun Y, Ping-Jen C, Wen-Fu K, Wei-Lin W, Ya-Ting K, et al Implementing a novel model for hospice and palliative care in the emergency department. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(19):1-5.
40. Tome LY, Popim RC, Queiroz Dell'Acqua MC. Enfermagem cuidando de paciente adulto e familia no processo de morte em sala de emergência. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(4):650-7.
41. Magela Salome G, Cavali A, Cunha Espósito VH. Sala de Emergência: O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):681-6.
42. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B, Weber M, Werner C. Leben retten – sterben zulassen. Erfassung notärztlicher einsätze bei patienten in der terminalphase. *Der Schmerz*. 2011;25(1):69-76.
43. Lamba S, Nagurka R, Walther S, Murphy P. Emergency-department-initiated palliative care consults: A descriptive analysis. *J Palliat Med*. 2012;15(6):633-6.
44. Highet BH, Hsieh Y-H, Smith TJ. A pilot trial to increase hospice Enrollment in an inner city, academic emergency department. *J Emerg Med*. 2016;51(2):106-13.
45. Queiroz Dell'Acqua MC, Yoshie Tome L, Célia Popim R. O Processo de trabalho em urgencia e emergencia em interface com a morte. *Rev Rene*. 2013;14(6):1149-59.