

Rosalía Martínez Giménez
Cristina Zandovas Girdzijauskaitė

**Abordatge dels pacients en situació d'últims dies en el
servei d'urgències hospitalàries: revisió bibliogràfica
sistematitzada**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Estrella Martínez Segura

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TORTOSA, 2025

AGRAÏMENTS

Aquest treball de fi de grau és el resultat d'un procés intens de recerca, aprenentatge i col·laboració entre dues persones amb un mateix objectiu. Al llarg d'aquest camí, hem comptat amb el suport i la guia de diverses persones a qui volem expressar el nostre més sincer agraïment.

En primer lloc, volem agrair profundament a la nostra tutora, Estrella Martínez Segura, per la seva dedicació, la seva paciència i per acompanyar-nos en tot moment amb una actitud propera i professional. El seu assessorament ha estat clau per donar forma al nostre treball, i les seves aportacions han enriquit significativament la nostra mirada sobre el tema.

També volem fer un agraïment molt especial a les nostres famílies, pel seu suport incondicional durant tot aquest procés. Gràcies per la vostra comprensió, per animar-nos en els moments difícils i per ser sempre el nostre refugi i motor. Sense vosaltres, aquest camí hauria estat molt més complicat.

Finalment, volem donar les gràcies als nostres amics i amigues, per ser-hi, escoltar-nos i motivar-nos durant aquest llarg procés. El vostre suport emocional i la vostra empenta han estat imprescindibles per arribar fins aquí.

A totes i tots vosaltres, gràcies de tot cor.

ÍNDEX

RESUM/ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓ.....	8
1.1. JUSTIFICACIÓ.....	9
2. MARC TEÒRIC.....	11
2.1. CONCEPTES CLAU.....	11
2.2. MARC LEGAL.....	13
2.3. HUMANITZACIÓ.....	15
2.4. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DE LES CURES PAL·LIATIVES.....	16
2.5. MODEL D'INFERMERIA: LA TEORIA DE LA CURA HUMANA.....	18
3. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS.....	19
3.1. OBJECTIU GENERAL.....	19
3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	19
4. METODOLOGIA.....	20
4.1. DISSENY.....	20
4.2. PARAULES CLAU.....	20
4.3. ESTRATÈGIES DE CERCA.....	20
4.4. CRITERIS DE SELECCIÓ: INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ.....	23
5. RESULTATS.....	24
5.1. DIAGRAMA DE FLUX (PRISMA).....	25
5.2. MODEL CASPE. RESULTATS.....	26
5.3. DESCRIPCIÓ DELS ARTICLES.....	28
6. ANÀLISI.....	36
7. DISCUSSIÓ.....	36
7.1. Percepció de la família i cuidadors en l'atenció a la mort en el SUH.....	36
7.2. Analitzar la visió de les infermeres respecte a l'atenció que es dona en l'acompanyament a la mort als pacients i família en el SUH.....	38
7.3. Intervencions que faciliten l'acompanyament i l'atenció a una mort digna als SUH.....	40
7.4. Comparativa entre països respecte a les cures al final de vida al SUH.....	42
8. CONCLUSIONS.....	43
8.1. Objectiu 1. Percepció de la família i cuidadors en l'atenció a la mort en el SUH.....	43
8.2. Objectiu 2. Visió de les infermeres respecte a l'atenció que es dona en l'acompanyament a la mort als pacients i família en el SUH.....	43
8.3. Objectiu 3. Intervencions que faciliten l'acompanyament i l'atenció a una mort digna als SUH.....	44
8.4. Objectiu 4. Comparativa entre països respecte a les cures al final de vida al SUH.....	44
9. LIMITACIONS I FORTALESES DE L'ESTUDI.....	45
10. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	45
11. BIBLIOGRAFIA.....	46
12. ANNEXES.....	53

ÍNDEX DE TAULES I FIGURES

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Pregunta d'investigació en format PICO	pg. 19
Taula 2. Paraules clau	pg. 20
Taula 3. Taula amb les equacions de cerca	pg. 23
Taula 4. Criteris d'inclusió i exclusió	pg. 23
Taula 5. Descripció dels articles	pg. 27

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1. Gràfic amb el percentatge dels articles utilitzats respecte a cada base de dades	pg. 24
Figura 2. Gràfic circular dels països dels articles	pg. 24
Figura 3. Diagrama de flux	pg. 25
Figura 4. Puntuacions CASPe de models amb 10 ítems	pg. 26
Figura 5. Puntuacions CASPe de models amb 11 ítems	pg. 26

ÍNDEX D'ABREVIATURES

- AET:** Adequació de l'Esforç Terapèutic
- AP:** Atenció Primària
- BOE:** Boletín Oficial del Estado
- CASPe:** Critical Appraisal Skills Programme - España
- CP:** Cures pal·liatives
- DeCS:** Descriptors a Ciències de la Salut
- DMD:** Dret a Morir Dignament
- EACP:** European Association for Palliative Care
- LET:** Limitació de l'Esforç Terapèutic
- MeSh:** Medical Subject Headings
- NHS:** Servei Nacional de Salut
- OMS:** Organització Mundial de la Salut
- PADES:** Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport
- SCBCP:** Societat Catano-Balear de Cures Pal·liatives
- SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- SEGG:** Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia
- SEMFYC:** Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària
- SEOM:** Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica
- SEOR:** Societat Espanyola d'Oncologia Radioteràpia
- SP:** Sedació pal·liativa
- SUH:** Servei d'Urgències Hospitalàries

RESUM

Introducció: Molts pacients en situació pal·liativa acudeixen al SUH per reaguditzacions de la malaltia, on sovint s'acaba per oferir cures de final de vida. No obstant, la immediatesa pròpia del servei, juntament amb la saturació, l'estructura inadequada i la manca de formació en cures pal·liatives, dificulten una atenció òptima i poden derivar en una obstinació terapèutica indesitjada.

Objectius: Analitzar l'atenció que reben els pacients pal·liatius en el servei d'urgències per poder garantir una mort digna, així com estudiar la percepció de les cures al final de vida per part de la família i infermeres.

Metodologia: Es realitza una revisió bibliogràfica sistematitzada en les bases de dades de l'àmbit de la salut com són: Scopus, Scielo, Cuiden, Pubmed i Cinahl, aplicant els criteris de selecció.

Resultats: Després de l'aplicació de filtres automàtics i manuals en les diferents bases de dades, es recopilen els articles que més s'han adequat als objectius d'aquest treball. Finalment, han estat un total de 16 articles a estudiar.

Conclusions: S'han observat certes discrepàncies respecte a la percepció de les famílies dels pacients. Per contra, per part d'infermeria la percepció ha estat més unificada. Es conclou que es necessita una millor adequació del servei d'urgències per poder oferir una millor atenció en el final de vida.

Paraules clau: cures pal·liatives, servei d'urgències, infermeria, mort digna, final de vida.

ABSTRACT

Introduction: Many patients in a palliative situation come to the ED due to exacerbations of the disease and often end up being offered end-of-life care. However, the immediacy of the service, together with saturation, an inadequate structure and lack of training in palliative care, hinder optimal care and can lead to undesired therapeutic obstinacy.

Objective: To analyse the care received by palliative patients in the emergency department in order to guarantee a dignified death, as well as to study the perception of end-of-life care by the family and nursing staff.

Methodology: A systematised bibliographic review was carried out in health databases such as: Scopus, Scielo, Cuiden, Pubmed and Cinahl, applying the selection criteria.

Results: After the application of automatic and manual filters in the different databases, the articles that are most suitable as the objective of this work were compiled. Finally, a total of 16 articles to be studied were found.

Conclusions: Certain discrepancies have been observed with regard to the perception of the patients' families. On the other hand, the perception of the nursing staff was more unified. It was concluded that the emergency department needs to be better adapted to provide improved end-of-life care.

Keywords: palliative care, emergency department, nursing, dignified death, end of life.

1. INTRODUCCIÓ

L'última etapa de la vida és sovint el resultat de l'evolució de malalties cròniques, degeneratives i progressives, que poden ser causades per malalties oncològiques o altres afeccions. Els experts assenyalen que hi ha certes malalties que, a causa de la seva evolució i complexitat, necessiten que les persones afectades, i també els familiars, rebin cures pal·liatives (CP) independentment de l'edat, quan es troben en una fase avançada (Canal Salut, 2023).

La mort és el final de la vida, i tot individu té dret a morir amb dignitat. El context de mort és variable i dinàmic, s'ha passat de morir en casa i rodejat de familiars, a morir en l'hospital. A Espanya, actualment el 47,2% de les persones moren en l'hospital i d'elles, el 35%, ho fan en el Servei d'Urgències (Calvo et al., 2022). Aquests serveis presenten unes característiques rellevants: saturació del servei, temps d'espera llargs, la percepció de la salut dels pacients i familiars difereix a la percebuda per part dels professionals, intens ritme de treball, temps limitat en la presa de decisions i restricció de l'estructura del servei. Això evidencia que més de la meitat de la població té un final de vida en llocs inapropiats per atendre processos d'agonia i del final de la vida (Iglesias i Echarte, 2007). A més a més, els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) estan formats per equips heterogenis de professionals, procedents de diferents cultures i múltiples especialitats (Iglesias i Lafuente, 2010). Per tant, això sumat a les característiques esmentades, requereix per part d'aquests l'aprenentatge de tècniques de raonament basades en el respecte a l'autonomia, prendre decisions d'acord amb la necessitat i la situació i l'acord de l'entorn del pacient (Carreras et al., 2017).

En els SUH, s'atenen al voltant d'un 40-50% de persones que poden ser ateses en centres d'urgències d'atenció primària (AP). No obstant això, un 15% dels grups dels pacients que s'atenen, són persones d'edat avançada, pacients amb malalties cròniques avançades i pacients que són dependents i no disposen del suport necessari. Quan aquests pacients empitjoren o passen per un procés agut de la malaltia, utilitzen la unitat d'urgències sovint a causa de l'agreujament de les seves patologies o per una necessitat social. Aquestes visites impliquen contacte amb diversos professionals sanitaris, l'exposició a proves diagnòstiques i tractament amb cert risc, així com modificacions en la medicació, tot això comportant riscos per al pacient i, derivant moltes vegades, en una obstinació terapèutica (Carreras et al., 2017).

Fins al moment, els SUH són percebuts com un lloc on s'atén tota classe de pacients, des dels menys lleus, fins a aquells amb una patologia més greu o més urgent. Després d'un major o menor retard inicial, tots experimenten l'impacte d'un ambient caòtic i accelerat en el SUH, on l'entorn pot fer que l'atenció individualitzada passe a un segon pla. A més a més, les seves característiques estructurals i funcionals d'aquest servei estan orientades de forma general cap a la dimensió física del pacient, sense tenir en compte altre tipus de necessitats. No obstant, actualment s'està presenciant un canvi cap a un model més integrador. Humanitzar l'assistència sanitària s'ha convertit en el gran repte dels Serveis de Salut a nivell mundial (Yáñez et al., 2020).

1.1. JUSTIFICACIÓ

La motivació principal d'aquest Treball de Fi de Grau és centrar-se en una àrea que està evolucionant i cobrant importància en els últims anys: les cures pal·liatives i la necessitat de garantir una mort digna. L'objectiu principal és analitzar l'atenció que reben els pacients pal·liatius en el SUH per poder garantir una mort digna, un àmbit en què en molts casos, els pacients en situació terminal acudeixen amb la necessitat d'una atenció específica que pugui garantir no només la gestió del dolor i els símptomes, sinó també el respecte a la seva dignitat en els moments finals de la vida. No obstant, en el context d'urgències, sovint centrat en la immediatesa i la supervivència, pot no estar totalment preparat per abordar les necessitats complexes d'aquests pacients. Principalment, aquest treball pretén explorar si els serveis d'urgències estan adequadament formats i equipats per oferir una atenció pal·liativa integral que asseguri una mort digna i respectuosa.

Per una altra banda, la informació al pacient i als seus familiars és un element essencial i contribueix a reduir l'angoixa i la incertesa que genera una situació viscuda com a urgent, com una amenaça greu per a la salut. A més, existeix una diferent percepció del temps entre els professionals i els pacients, ja que per als professionals és una variable de procés, i aleshores, es prioritza l'atenció segons la gravetat i, per tant, hi ha una demora en l'atenció als menys greus. Tanmateix, per a la persona en etapa de final de vida i familiars, el temps és una variable de resultat i, per consegüent, és un element clau. Aleshores, en les unitats d'urgències es pot generar un patiment evitable si no es té en compte la gestió del temps i de la informació. Tenint en compte això, existeix una dificultat intrínseca per establir una relació clínica amb el

pacient, especialment en moments de sobrecàrrega assistencial (Carreras et al., 2017). Per tant, l'atenció al pacient pal·liatiu en situacions crítiques exigeix als professionals d'infermeria no només habilitats clíniques específiques, sinó també la sensibilitat i l'empatia per gestionar multidimensionalment l'atenció al final de la vida. En aquest context, els professionals d'infermeria tenen un paper fonamental a l'hora de garantir una atenció integral, respectuosa i digna, fent front a la pressió i la immediatesa pròpies d'un servei d'urgències.

Per tant, la rellevància d'aquesta recerca rau en evidenciar guies i estudis sobre el tema en qüestió, i en la possibilitat d'identificar les pràctiques en l'entorn hospitalari, per tal d'estandarditzar, millorar i apropar l'atenció sanitària en l'abordatge dels pacients en situació d'últims dies en els serveis d'urgències hospitalaris, per tal de contribuir a una millor qualitat de vida per als pacients en la seva etapa final.

A més, aquest estudi pot tenir un interès per la disciplina infermera, ja que pot contribuir a identificar les competències específiques i les necessitats formatives que requereixen els professionals per oferir CP de qualitat en aquests contextos, així com per promoure la millora de les intervencions adients i la coordinació entre els equips assistencials. D'aquesta manera, el treball no només aporta coneixement teòric, sinó que també pot tenir un impacte directe en la pràctica professional, afavorint una atenció més humanitzada i centrada en la persona.

En conclusió, aquest estudi pretén identificar i analitzar les intervencions i guies existents, i determinar possibles àrees de millora. Així mateix, avaluar si les infermeres del servei d'urgències posseeixen les competències professionals requerides i, finalment, reconèixer i posar en valor el paper fonamental de la família en la cura del pacient i el suport al seu entorn per donar una atenció de qualitat en l'acompanyament a una mort digna en els SUH.

2. **MARC TEÒRIC**

2.1. **CONCEPTES CLAU**

Cures pal·liatives: Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) les cures pal·liatives constitueixen un plantejament que millora la qualitat de vida dels pacients i els seus afins quan afronten problemes inherents a una malaltia potencialment mortal. Prevenen i alleugen el sofriment a través de la identificació precoç, l'avaluació i el tractament correcte del dolor i altres problemes, siguin físics, psicosocials o espirituals (OMS, 2020). A més a més, aquestes cures no acceleren ni aturen el procés de morir. No perllonguen la vida i tampoc acceleren la mort. Així mateix, l'atenció posterior a la defunció és fonamental per als membres de la família o alguns amics. Els voluntaris juguen un rol important en el suport de la família (SECPAL, n.d.).

Pacient pal·liatiu: Les persones que poden requerir aquestes cures són malalts oncològics en fase avançada i malalts no oncològics caracteritzats per presentar una malaltia avançada, progressiva i incurable amb falta de possibilitat raonable de resposta al tractament específic i amb presència de nombrosos problemes o símptomes intensos, múltiples, multifactorials i canviants. A més a més, aquests pacients generen un gran impacte emocional en el pacient, la família i l'equip terapèutic, molt relacionat amb la presència explícita o no, de la mort amb un pronòstic de vida inferior a 6 mesos (SECPAL, n.d.).

Situació d'últims dies: La situació d'últims dies o d'agonia és la que precedeix a la mort quan aquesta es produeix de forma gradual, i en què hi ha deteriorament físic intens, debilitat extrema, alta freqüència de trastorns cognitius i de la consciència, dificultat per a la relació i la ingesta, amb pronòstic de vida en hores o pocs dies (SECPAL, 2015).

Mort digna: Un dels objectius fonamentals de les CP és proporcionar al malalt una mort digna, que es pot definir com: viure dignament fins a l'últim moment. Això requereix la consideració del malalt com a ésser humà fins al moment de la mort, el respecte a les seves creences i valors, així com la seva participació en la presa de decisions mitjançant una relació pròxima i sincera amb l'equip assistencial. De la mateixa manera, s'associa el fet de morir amb dignitat a l'absència de sofriment. També cal tenir en compte altres factors humans, com la presència dels éssers estimats i la creació d'un entorn amable (SECPAL, 2015).

Serveis d'urgències: Els serveis d'urgència hospitalaris són considerats i percebuts com uns dispositius bàsics en tot sistema de salut per la seva capacitat d'atendre processos patològics greus o que poden ser en un breu període de temps amb un possible resultat de mort o que requereixen un diagnòstic i tractament per evitar el sofriment. Per tant, la diversitat i complexitat de situacions viscudes als SUH exigeixen una capacitat i experiència professional específiques (Carreras et al., 2017).

Adequació de l'esforç terapèutic (AET): Finalment, els professionals sanitaris han de centrar-se en l'adequació de l'esforç terapèutic, definit com l'adaptació de mesures diagnòstic-terapèutiques que s'indiquen a un pacient, d'acord amb la seva situació clínica i pronòstic. Suposa acceptar la irreversibilitat d'una malaltia o situació clínica i la convivència de suspendre o no iniciar tractaments que tinguin escassa possibilitat d'èxit o la finalitat única del qual sigui perllongar la vida biològica, sense possibilitat de recuperació funcional o de mantenir una qualitat de vida mínima (Gómez et al., 2022). Aquest terme també s'anomena limitació de l'esforç terapèutic (LET) i és definit segons el BOE com "retirar o no iniciar mesures terapèutiques perquè la o el professional sanitari estima que, en la situació concreta del pacient, són inútils o fútils, ja que tan sols aconseguen perllongar-li la vida biològica, però sense possibilitat de proporcionar-li una recuperació funcional amb una qualitat de vida mínima. La LET permet la mort en el sentit de què no la impedeix, però no li produeix o la causa. Forma part de la bona pràctica clínica. No és una decisió opcional sinó una obligació moral i normativa dels professionals" (BOE 26 de Juny, 2015). Per tant, tenint en compte això, els professionals han d'evitar caure en l'obstinació terapèutica, que consisteix en la instauració de mesures no indicades, desproporcionades o extraordinàries, amb la intenció d'evitar la mort en un pacient tributari de tractament pal·liatiu. Constitueix una mala pràctica mèdica i una falta deontològica. Així mateix, les causes per l'obstinació poden ser, entre altres, les dificultats en l'acceptació del procés de la mort, l'entorn de tractament, la falta de capacitat o les sol·licituds del pacient o la seva família. Per tant, es recomana evitar el terme "acarnissament", ja que implica una intenció negativa per part de qui ho duu a terme (SECPAL, 2015).

Conspiració de silenci: Ocorre quan els/les pacients, els seus familiars i/o l'equip mèdic eviten parlar obertament sobre el pronòstic de la malaltia, la progressió de la mateixa i la mort imminent. Aquest silenci pot ser causat per diferents motius, com la por de causar dolor emocional, la falta de coneixements sobre com abordar aquests temes, la creença de què

els/les pacients ja saben que la seva malaltia és terminal o la dificultat d'acceptar la pròpia mortalitat (REDPAL, 2020).

2.2. MARC LEGAL

En aquest apartat es presenten les disposicions legals que tenen una relació directa i significativa amb la mort digna del pacient pal·liatiu en el servei d'urgències. L'anàlisi del marc normatiu és essencial per comprendre les bases jurídiques que sustenten les pràctiques i les polítiques vinculades a aquesta temàtica, així com, per identificar les obligacions i garanties que emparen tant els professionals com els usuaris afectats. D'aquesta manera, es procedeix a destacar i examinar les lleis més rellevants, que constitueixen el fonament legal per al desenvolupament i la regulació de l'àmbit estudiat.

El respecte a l'autonomia del pacient ha originat un canvi en la relació entre el professional de la salut i el pacient, prevalen les decisions del pacient respecte la seva pròpia salut. Aquest dret està consignat en la Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea i en el Conveni del Consell d'Europa, es reflecteix en la **Llei 41/2002, de 14 de novembre, que regula de manera bàsica l'autonomia del pacient i els seus drets i obligacions quant a la informació clínica, i la naturalesa bàsica de la qual implica el seu compliment obligatori**. Aquesta llei té com a objectiu protegir i garantir el respecte a la dignitat de la persona en el procés de morir, assegurant la seva autonomia i el ple respecte a l'expressió dels seus desitjos i valors, incloent-hi la possibilitat de manifestar anticipadament la seva voluntat mitjançant instruccions prèvies. També busca contribuir a la seguretat jurídica dels professionals sanitaris que acompanyen el pacient en aquest procés i garantir l'accés a CP integrals i de qualitat per a tots els pacients que les necessiten (BOE 14 de novembre, 2002).

Relacionada amb la llei anterior, està la **Llei 16/2018, de 28 de juny, de drets i garanties de la dignitat de la persona en el procés d'atenció al final de la vida**. En la societat actual, a causa dels canvis en àrees com la població, la cultura, els procediments terapèutics i en la legislació, s'ha generat una consciència més clara sobre la necessitat de respectar la dignitat de la persona, l'autonomia personal i intimitat, que afecten també, amb especial interès i marcada intensitat, al procés final de la vida. Totes les persones en aquesta etapa han de ser ateses amb humanitat i escoltades respecte les seves voluntats finals, disposant de la seva vida fins a

l'últim moment i podent tenir una mort pacífica i digna. La finalitat d'aquesta, és protegir i garantir la dignitat de les persones en el procés final de la seva vida, assegurant el respecte a la seva autonomia, desitjos i valors, així com el dret a rebre informació veraç, accessible i comprensible. També busca garantir la intimitat dels pacients, proporcionar un tractament pal·liatiu integral i de qualitat, i contribuir a la seguretat jurídica del personal sanitari i social que els atén (BOE 28 de juny, 2018).

Per altra banda, també cal destacar la **Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia**. La llei introdueix en l'ordenament jurídic un nou dret individual com és l'eutanàsia. S'entén per aquesta, l'actuació que produeix la mort d'una persona de manera directa i intencionada mitjançant una relació causa-efecte única i immediata, a petició informada, expressada i reiterada en el temps per aquesta persona, i que es duu a terme en un context de sofriment a causa d'una malaltia o patiment incurable que la persona experimenta com a inacceptable i que no ha pogut ser mitigat per altres mitjans. L'objectiu d'aquesta és regular el dret que correspon a tota persona que compleix les condicions exigides a sol·licitar i rebre ajuda necessària per a morir, el procediment que ha de seguir-se i les garanties que han d'observar-se. Així mateix, determina els deures del personal sanitari que atén a aquestes persones, defensant el seu marc d'actuació, i regula les obligacions de les administracions i institucions concernides per a assegurar el correcte exercici del dret reconegut en aquesta llei. Això vol dir, que quan una persona plenament capaç i lliure considera que la seva situació vital vulnera la seva dignitat, intimitat i integritat, té el poder de prioritzar altres drets per sobre del manteniment de la seva vida. La Constitució no obliga a mantenir la vida a qualsevol preu ni en contra de la voluntat de la persona, i per això, l'Estat ha de garantir un marc legal que assegurï la protecció i la seguretat jurídica en aquestes decisions (BOE 24 de març, 2021).

Per tant, aquestes lleis subratllen la importància de respectar els drets, l'autonomia i la dignitat de les persones en el final de vida. Aquestes normatives instauren principis fonamentals per a promoure una atenció més humanitzada i respectuosa centrada en el pacient. Així mateix, permeten al pacient i familiars la presa de decisions informada i, a més, aquesta legislació proporciona una guia per als professionals sanitaris, assegurant que es compleixen els drets i deures de les persones.

2.3. HUMANITZACIÓ

La humanització està conformada per tots els actes de cura que fan més humà a l'home, a fi de mantenir la seva dignitat a través de l'atenció als pacients des d'una perspectiva holística, integrant les dimensions psicològica, biològica, social i espiritual (Gutiérrez, 2017). Això implica proporcionar cures de manera solidària, respectuosa i empàtica, tenint en compte les seves decisions i els seus valors (Pabón-Ortíz et al., 2021). Així mateix, humanitzar també és prendre consciència d'un mateix i és un compromís personal fonamental per millorar la realitat, les nostres relacions i l'entorn a partir de cada individu, s'humanitza des de dintre cap a fora (March, 2017).

Aquest nou enfocament de la humanització té com a objectiu sensibilitzar a tots sobre la importància d'avaluar l'impacte emocional i psicosocial en el pacient, la família i l'equip de salut. A més, busca promoure l'ús de ferramentes per a detectar aquests impactes, establir un protocol per a abordar-los de manera integral i mesurar els seus efectes (Yáñez et al., 2020). Així mateix, escoltar i atendre no només a persones malaltes, sinó també incloure a les seves famílies en el procés de curar i cuidar als professionals perquè puguin desenvolupar el seu treball en les millors condicions possibles (March, 2017). Per tant, per a aconseguir humanitzar l'assistència sanitària, és necessari la realització d'unes bones pràctiques.

Un element clau de la humanització és tenir una bona comunicació, aquesta és una forma de comportament, expressió i comprensió. Implica partir d'una actitud de respecte, empatia i compassió. Es tracta de proporcionar informació, i també, de transmetre-la de manera efectiva, amb missatges clars, precisos i adequats als coneixements de les persones que ho reben. És un acte de compartir i escoltar activament. En l'àmbit dels SUH s'observa com pacients i familiars/persones cuidadores experimenten emocions de vulnerabilitat, fragilitat i preocupació. Això ocorre perquè degut a la incertesa, l'estrès de l'entorn i el dolor, les respostes emocionals prevalen enfront de les cognitives. Per tant, és important implementar estratègies que ajuden a que aquestes persones estiguin informades, ateses, escoltades i acompanyades durant la seva estada en aquest servei per a poder reduir aquestes sensacions de vulnerabilitat i, així, augmentar el seu benestar emocional (Yáñez et al., 2020). Aquesta comunicació humanitzada pot ser una eina clau per trencar la conspiració de silenci, la qual pot semblar un mecanisme de defensa adequat, però realment condueix a una comunicació

deficient i a una falta de comprensió de la situació per part de totes les persones involucrades. Per tant, una comunicació clara i sensible permet als professionals sanitaris abordar temes difícils amb empatia, oferir suport emocional i garantir que els pacients i les famílies es sentin escoltades i acompanyades. Així, es redueix la sensació de fragilitat i s'afavoreix una atenció individualitzada per a les necessitats de cada persona (REDPAL, 2020).

A més, proporcionar un espai físic dins del SUH que faciliti el motiu de consulta, la cura de l'estat físic i psicològic de pacients, professionals i familiars és un altre aspecte a tenir en compte per a poder humanitzar les cures en aquests tipus de serveis (Yañez et al., 2020).

En conclusió, el moviment de la humanització de l'assistència sanitària és fonamental per garantir una atenció integral que respecti la dignitat del pacient i de la seva família tenint en compte les seves dimensions emocionals, psicològiques i socials. Això implica una comunicació clara, empàtica i respectuosa, així com la creació d'espais físics i emocionals que afavoreixin el benestar del pacient i les famílies.

2.4. EVOLUCIÓ HISTÒRICA DE LES CURES PAL·LIATIVES

L'any 1967, Cicely Saunders va fundar el *St. Christopher's Hospice*, aquesta, és considerada la mare del modern moviment Hospice i de les CP. El moviment hospice de Saunders estava centrat en l'alleujament del dolor i altres símptomes terminals, i oferia suport tant als pacients com als familiars, tant a domicili com al centre (SECPAL, n.d.). Així mateix, Saunders mantenia una visió multidimensional on considerava que les persones no són només un element físic sinó un conjunt d'elements socials, emocionals i espirituals (Maté, 2014).

Amb l'inici del segle XXI, s'han estat experimentant grans canvis tant científics com tecnològics que han repercutit en l'atenció de la salut i la cura de persones properes a la mort. El procés de mort va passar de ser un succés que es vivia a casa en un entorn familiar, a un esdeveniment que es desenvolupa generalment dintre dels hospitals. Així mateix, d'acord amb Saunders, les CP es van desenvolupar des del segle IV a Europa. L'any 1842 es va utilitzar el terme "hospices" per referir-se a la cura de pacients terminals a Lió, França i l'any 1967 s'obre el primer hospice a Sydenham al sud de Londres. Posteriorment, es va posar en marxa el "moviment hospice" que donaria lloc al qual actualment es coneix com a "cures pal·liatives" (Ignorosa-Nava i González-Juárez, 2014).

Al 1980 l'OMS incorpora oficialment el concepte de Cures Pal·liatives i promou el Programa de Cures Pal·liatives com a part del Programa de Control de Càncer (Ignacia i Palma, 2007).

A l'any 1985 es va fundar l'Associació Federal del Dret a Morir Dignament (DMD), aquesta és l'organització de referència en la defensa de la despenalització de l'eutanàsia i la lliure disposició de la pròpia vida a Espanya. La finalitat d'aquesta són promoure el dret de tota persona a disposar en llibertat del seu cos i de la seva vida, i a elegir lliurement i legalment el moment i els mitjans per a finalitzar-la. Així mateix, defensar de manera especial, el dret dels malalts terminals i irreversibles a morir sense sofriment, si aquest és el seu desig exprés (DMD, n.d.)

A meitat dels anys vuitanta, les CP s'incorporen a Espanya (Ignacia i Palma, 2007). La primera unitat de CP és a Santander al 1982 a l'hospital Marqués de Valdecilla (SECPAL, 1997). Al desembre de 1987, L'Hospital Santa Creu de Vic inicià la seva activitat exclusiva de Centre Sociosanitari, comptant amb una Unitat de Cures Pal·liatives. Posteriorment, al 1989 es va fundar la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives (SCBCP), va esdevenir un fet important en l'àmbit històric català de les CP, la celebració a Vic del *I Congrés de Cures Pal·liatives de Catalunya*, reunint a 800 professionals sanitaris. Així mateix, convé destacar l'organització simultània a Barcelona, en 1995, del IV Congress of the European Association for Palliative Care (EACP) i del *I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)* que van aplegar a 1500 pal·liativistes de tota Europa (Gómez-Batiste et al., 2009).

L'any 1991 es crea la Cartera de Serveis d'Atenció Primària amb la finalitat de fer explícits, normalitzar i homogeneïtzar els diferents serveis prestats als programes de salut. Al mateix temps, es contempla a la cartera de serveis l'atenció domiciliària a pacients immobilitzats i terminals. I en la cinquena versió, l'any 1995, apareix l'atenció a pacients terminals com a un servei desagregat. A Catalunya els equips de suport d'atenció domiciliària reben la denominació de PADES (Programa d'Atenció Domiciliària per Equips de Suport). Els precedents a Catalunya van ser el Programa d'atenció domiciliària de l'Hospital de la Sta. Creu de Vic el 1984-86 i l'experiència desenvolupada a l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona, on atenen població geriàtrica i oncològica. L'any 1992 es va fundar la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL), englobant amb caràcter multidisciplinari els diferents professionals implicats en l'atenció pal·liativa. En els darrers anys, diverses societats científiques, com la

SemFyC, la SEOM, la SEOR i la SEGG, han contribuït significativament a l'impuls de les cures pal·liatives a Espanya (Pascual, 2007).

Actualment, existeixen al voltant de 8000 serveis de CP al món, en aproximadament 100 països diferents. Aquests serveis són diversos i inclouen: Unitats mòbils de suport intrahospitalari, Unitat de Cures Pal·liatives intrahospitalàries, Cases de Repòs per a pacients terminals, Unitats hospitalàries diürnes, Equips de control ambulatoris i de suport domiciliari (Ignacia i Palma, 2007).

2.5. MODEL D'INFERMERIA: LA TEORIA DE LA CURA HUMANA

Una de les figures rellevants de la teòrica infermera i la humanització de les cures és Jean Watson, aquesta, va fundar la *Teoría del Cuidado Humano*. Aquesta teoria es basa en l'harmonia entre la ment, el cos i l'ànima, a través d'una relació d'ajuda i confiança entre la persona cuidada i el cuidador. La teoria de Watson es fonamenta en un enfocament filosòfic amb una base espiritual que considera la cura com un principi moral i ètic essencial en la infermeria. Segons aquesta filosofia, la Cura Humana implica un compromís moral amb la protecció i promoció de la dignitat humana, i va més enllà de la simple avaluació mèdica. Per a Watson, la cura també comprèn la connexió amb el pacient, on la infermera mostra un interès profund a la persona. Aquest enfocament requereix que els professionals de la salut es comprometin no només amb la tècnica, sinó amb l'educació contínua en la cura, permetent així que cada acte d'atenció contribueixi a millorar la qualitat de vida del pacient i de la mort. D'aquesta manera, augmenta la percepció del pacient sobre l'atenció humanitzada, creant una experiència de cura que va més enllà de l'àrea física i aborda dimensions més profundes de la persona (Guerrero-Ramírez et al., 2016).

Watson expressa que el personal d'infermeria no ha de barrejar les emocions negatives derivades de la seva vida personal o laboral amb l'atenció sanitària que proporciona als pacients. És essencial adoptar actituds, gestos i afectes que afavoreixin un entorn positiu i facilitin una bona relació amb el pacient. Així mateix, destaca que en la professió infermera, la deshumanització en la cura del pacient constitueix un risc que posa de manifest la necessitat de reformular les estratègies administratives dels sistemes sanitaris a nivell mundial. Això permet poder recuperar els aspectes humans, espirituals i transpersonals en la pràctica clínica, administrativa, educativa i investigadora dels professionals d'infermeria. Entre els principis

teòrics de Watson en relació amb la filosofia i teoria de la cura transpersonal, s'han pogut definir els conceptes de persona, entorn, infermeria i salut, alhora que s'han identificat els patrons de coneixement personal, coneixement empíric, coneixement ètic i coneixement estètic (Chavarro i Peña, 2019).

En conclusió, la cura humanitzada és necessària en la pràctica clínica-professional, ja que permet millorar la cura que es proporciona al pacient amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida i dels familiars. Aquest cuidatge humanitzat es basa en valors, i en allò que les infermeres realitzen per promoure i protegir la salut, cuidar i garantir un ambient que afavoreixi una millora en els àmbits físics, emotiu, social i espiritual (Guerrero-Ramírez et al., 2016).

3. PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS

Quines intervencions ha de fer infermeria per garantir una mort digna del pacient pal·liatiu en el SUH?

A continuació descrivim mitjançant la metodologia PICO la nostra pregunta d'investigació (taula 1):

P (Població)	Pacient adult en situació d'últims dies
I (Intervenció)	Intervencions d'infermeria
C (Comparació)	(No aplicable)
O (<i>Outcome</i> o Resultat)	Mort digna

Taula 1. Pregunta d'investigació en format PICO (*font: elaboració pròpia*).

3.1. OBJECTIU GENERAL

Analitza l'atenció que reben els pacients pal·liatius en el servei d'urgències per poder garantir una mort digna.

3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Analitzar la percepció de la família en l'atenció a la mort en el SUH.
- Analitzar la visió de les infermeres respecte a l'atenció que es dona en l'acompanyament a la mort als pacients i família en el SUH.
- Analitzar quines intervencions faciliten l'acompanyament i l'atenció a una mort digna als SUH.
- Comparar entre països respecte a les cures al final de vida al SUH.

4. METODOLOGIA

4.1. DISSENY

Aquest estudi es basa en una revisió bibliogràfica sistematitzada mitjançant la recerca de la literatura científica en diferents bases de dades. La recerca s'ha realitzat entre els mesos de desembre de 2024 a gener de 2025. Per fer el procediment d'identificació i selecció d'articles es van aplicar les 4 fases de la declaració PRISMA: identificació, selecció, elegibilitat i inclusió.

4.2. PARAULES CLAU

A continuació es descriuen les paraules clau en terminologia DeCS, MeSH i en llenguatge natural emprades en l'estratègia de cerca d'aquest treball (taula 2):

MeSH	DeCS	Llenguatge natural
<i>Palliative care</i> <i>Nursing</i> <i>Hospital emergency department</i>	Cuidados paliativos Urgencias Enfermería Servicio urgencias	<i>Humanity</i> <i>Hospital emergencies</i>

Taula 2. Paraules clau (font: elaboració pròpia).

4.3. ESTRATÈGIES DE CERCA

La recerca bibliogràfica es realitza utilitzant els descriptors descrits anteriorment, incloent tant els descriptors en llenguatge natural com els que pertanyen a un llenguatge controlat. Per combinar aquesta terminologia, s'utilitzen operadors booleans com són "AND" i "Y", depenent de les bases de dades.

Finalment, es realitzen les estratègies de cerca i s'apliquen en les següents bases de dades: Scopus, Cinahl, Scielo, Cuiden i Pubmed. Una vegada obtinguts els resultats, s'apliquen els filtres automàtics i manuals corresponents per seleccionar els articles adequats a aquest estudi. A continuació, s'especifica l'estratègia de cerca realitzada en cadascuna de les bases de dades.

4.3.1. SCOPUS

Per fer la recerca a Scopus, s'han buscat les paraules clau en terminologia MeSH i DeCS per tal d'elaborar l'estratègia de busca. Les paraules utilitzades són "palliative care", "hospital emergencies" i "nursing" i l'operador booleà "AND". Per tant, l'estratègia de cerca és: "palliative care" AND "hospital emergencies" AND "nursing". Realitzada en terminologia MeSH, ja que en castellà no s'obtenen els resultats esperats.

Posteriorment, s'obtenen un total de 504 documents (n=504) sense cap criteri d'inclusió i exclusió. Després, s'apliquen filtres automàtics, es prioritza que els articles siguin en text complet, publicats des del 2015 fins a 2025, escrits en espanyol o anglès, i que parlen només de pacients adults. Amb això, s'obté un total de 168 articles (n=168) a revisar. Finalment, s'apliquen filtres manuals, que consisteixen en la lectura del títol, resum i contingut per seleccionar aquells que millor s'adaptin als objectius d'aquesta revisió bibliogràfica. S'obtenen 6 articles (n=6) a estudiar.

4.3.2. CINAHL

Per a dur a terme la cerca a la base de dades de CINAHL s'utilitza terminologia MeSH. Les paraules i operadors booleans utilitzats són: "palliative care" AND "hospital emergency department" amb això s'obté una equació de cerca i un resultat de 449 documents (n=449). Posteriorment, s'apliquen els filtres automàtics, obtenint així 36 articles (n=36) a seleccionar. Finalment, s'apliquen els filtres manuals i s'obté un total de 4 articles (n= 4) a estudiar.

4.3.3. SCIELO

A la base de dades Scielo s'ha combinat la terminologia DeCS amb el llenguatge natural. Utilitzant les paraules clau "cuidados paliativos" i "servicio urgencias" amb l'operador booleà "Y". No s'utilitza "AND" ni "OR", ja que el nombre d'articles és inferior a l'esperat. Per tant, l'estratègia de cerca és: "servicio urgencias" Y " cuidados paliativos" , i s'obté un nombre de 10 documents (n=10). Després s'apliquen els criteris d'inclusió i s'obté 5 articles (n=5). Així mateix, es procedeix a lectura d'aquests i descartant els que no són d'interès per a aquest estudi i s'obté 1 article (n=1) per realitzar l'anàlisi i discussió d'aquest treball.

4.3.4. CUIDEN

En aquesta base de dades l'estratègia de cerca està formada amb el llenguatge DeCS. L'equació de cerca és "cuidados paliativos" AND "urgencias", obtenint 38 articles (n=38) a revisar. Posteriorment, s'apliquen els filtres automàtics, obtenint un total de 19 articles (n=19) a llegir. Després de la lectura de tots els títols i resums, d'aquesta base de dades es queda amb 3 articles (n=3) a estudiar.

4.3.5. PUBMED

Per a dur a terme la cerca a la base de dades de PubMed, en primer lloc, es realitza una cerca individual de cadascun dels descriptors en terminologia MeSH i DeCS que es combinen amb llenguatge natural. Les paraules claus utilitzades són "palliative care" AND "hospital emergencies", amb aquestes paraules i l'operador booleà "AND" s'obté l'equació de cerca. Així mateix, posteriorment es fa una altra equació de cerca "palliative care" AND "hospital emergencies" AND "nursing" AND "humanity".

A continuació, amb la primera equació s'obtenen 5.613 documents (n=5.613) i amb la segona s'obtenen 217 documents (n= 217), per tant, es queda amb un total inicial de 5.830 articles. Amb els resultats obtinguts, s'apliquen els filtres automàtics mencionats anteriorment. Finalment, s'apliquen també els filtres manuals amb la lectura del títol i resum i descarten els articles repetits en altres bases de dades. Amb això s'obté un total final de 2 (n=2) articles .

A continuació es mostra visualment l'equació de cerca utilitzada en cadascuna de les bases de dades i els resultats obtinguts (taula 3):

Base de dades	Equació de cerca	Nombre d'articles	Nombre d'articles utilitzats
Scopus	"palliative care" AND "hospital emergencies" AND "nursing"	504	6
CINAHL	"palliative care" AND "hospital emergency department"	449	4
Scielo	"servicio urgencias" AND "cuidados paliativos"	10	1
Cuiden	"cuidados paliativos" AND "urgencias"	38	3
PubMed	"palliative care" AND "hospital emergencies" AND "nursing" AND "humanity"	5.830	2
	"palliative care" AND "hospital emergencies"		
TOTAL			16

Taula 3. Taula amb les equacions de cerca (font: elaboració pròpia).

4.4. CRITERIS DE SELECCIÓ: INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

Per tal de realitzar l'estratègia de cerca, es van emprar criteris d'inclusió i exclusió dels articles per tal d'obtenir una millor precisió en la cerca (taula 4).

CRITERIS D'INCLUSIÓ	CRITERIS D'EXCLUSIÓ
<ul style="list-style-type: none"> ● Text complet. ● Any de publicació: entre 2015 i 2025. ● Idiomes: anglès i/o espanyol. ● Població a estudiar: adults. ● Títol i abstract que coincideix en el text. 	<ul style="list-style-type: none"> ● No disposar del text complet. ● Any de publicació anterior al 2015. ● Altres idiomes que no siguin anglès i/o espanyol. ● Per títol, resum i contingut. ● Per repetició.

Taula 4. Criteris d'inclusió i exclusió (font: elaboració pròpia).

5. RESULTATS

Entre els resultats de la cerca es troben un total de 16 articles a estudiar. Entre aquests, s'ha pogut veure que hi ha un predomini d'articles de les bases de dades Scopus i CINAHL amb un 37,5% i un 25% dels articles respectivament, posteriorment ho segueixen Cuiden amb un 18,8% i PubMed amb un 12,5%. Per tant, la base de dades Scielo consta amb un 6,3% dels articles a estudiar en aquest treball (figura 1).

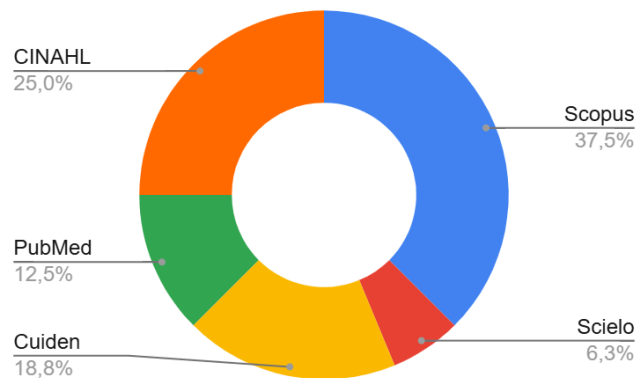


Figura 1. Gràfic dels articles utilitzats respecte a cada base de dades (*font: elaboració pròpia*).

Respecte a la procedència de cada un dels estudis, s'observa un predomini pel que fa als articles espanyols amb un 43,8%, seguit de Brasil i Regne Unit amb un 12,5% respectivament. També s'obtenen alguns articles d'altres procedències com Xina, Portugal, Austràlia, Costa Rica i Tailàndia amb un 6,3% cadascun (figura 2).

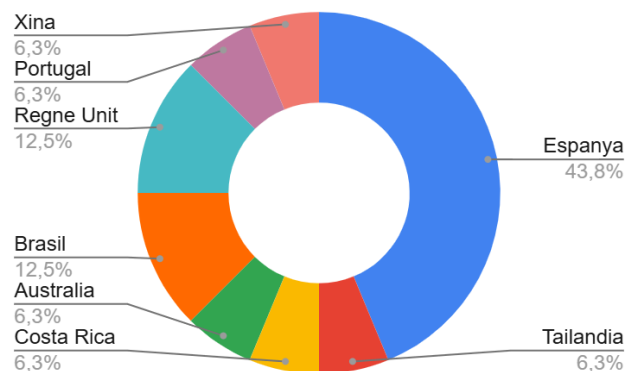


Figura 2. Gràfic dels països dels articles (*font: elaboració pròpia*).

5.1. DIAGRAMA DE FLUX (PRISMA)

Per tal de resumir la metodologia d'aquest estudi, es realitza un diagrama de flux amb el mètode PRISMA el qual serveix per establir uns criteris a l'hora de buscar els documents a estudiar. Aquest diagrama es divideix en 4 fases: identificació, cribratge, elegibilitat i articles inclosos en l'estudi (figura 3).

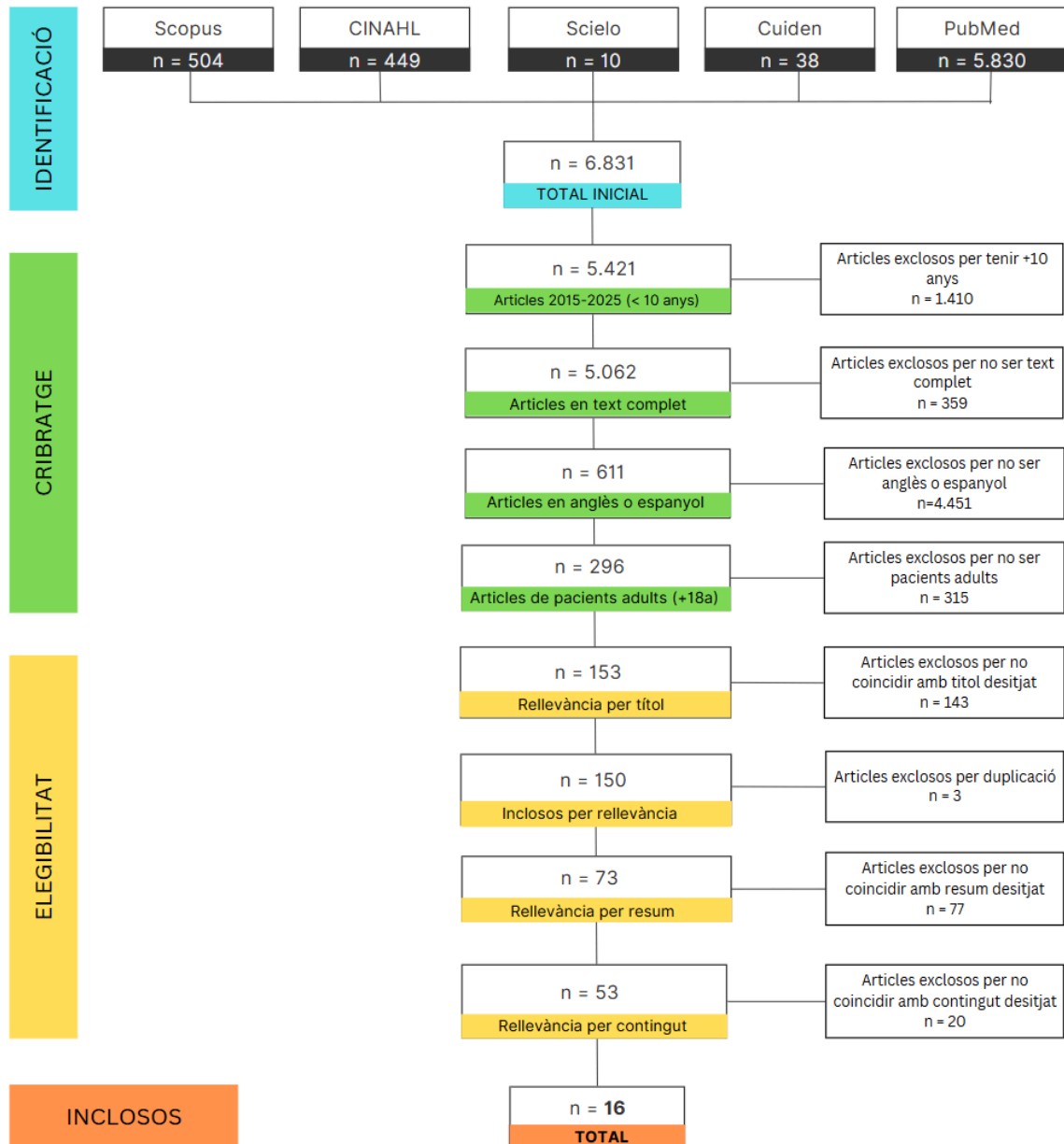


Figura 3. Diagrama de flux (font: elaboració pròpia).

5.2. MODEL CASPE. RESULTATS

Després de la tria dels articles, s'ha realitzat una anàlisi exhaustiva utilitzant la metodologia CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme - Espanya*), per avaluar-ne la qualitat metodològica dels estudis emprats. Els resultats s'han organitzat en dues taules: la primera taula (annex 1) són articles qualitius, coincidint amb 10 ítems/preguntes, i la segona taula (annex 2) són articles quantitius, coincidint amb 11 ítems/preguntes. Les preguntes s'han contestat amb 0 i 1, sent **0 = No/No sé** i sent **1 = Sí**, per finalment, realitzar la suma dels resultats.

Per triar el tipus de CASPe, s'ha utilitzat el que s'ha considerat més adequat a l'article. Per tant, a nivell d'articles qualitius (annex 1), s'han inclòs 11 articles dels 16 total. Els resultats són: un 18,18% amb una puntuació excel·lent (10/10), un 45,45% amb una puntuació de 9/10, un 27,27% amb un resultat de 8/10 i un 9,09% d'un sol article amb un 6/10 (figura 4). Així mateix, els articles quantitius (annex 2) en són 5 dels 16 totals, i els resultats són: un 40% tenen puntuació excel·lent (11/11), un altre 40% tenen un 8/11 i només un 20% que correspon a un article s'ha obtingut un 6/11 (figura 5).

En conclusió, pràcticament la totalitat dels articles (excepte dos) tenen una puntuació per sobre de 8.

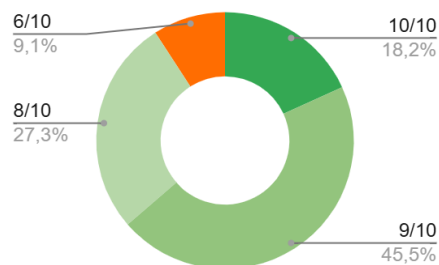


Figura 4. Puntuacions CASPe de models amb 10 ítems (*font: elaboració pròpia*).

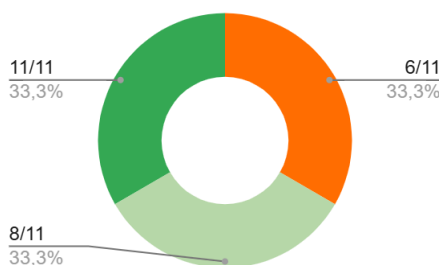


Figura 5. Puntuacions CASPe de models amb 11 ítems (*font: elaboració pròpia*).

5.3. DESCRIPCIÓ DELS ARTICLES

A continuació, s'exposa mitjançant una taula els resultats dels articles escollits de les diferents bases de dades per a la revisió (taula 5):

TÍTOL	AUTORS, ANY I PAÍS	BASE DE DADES	METODOLOGIA	OBJECTIUS	RESUM	ACCÉS AL DOCUMENT
<i>Patients' experiences and perceptions of dignity in end-of-life care in emergency departments: A qualitative study.</i>	Celia Martí-García, Alba Hernandez-Férez, Cayetano Fernández-Sola, Rocío Pérez-Rodríguez, Ana Alejandra Esteban-Burgos, José Manuel Hernández-Padilla i José Granero-Molina. Espanya, 2023	SCOPUS	Estudi qualitatiu basat en la hermenèutica de Gadamer.	Explorar i comprendre les experiències dels pacients amb malaltia avançada en relació amb la dignitat durant l'atenció al final de la vida a urgències.	És un estudi que analitza la percepció de la dignitat en pacients amb malalties avançades que reben atenció al SUH i els motius pels quals acudeixen. S'identifiquen dos termes principals, que en són la dignitat com un atribut individual i com un atribut conductual. Aquest article defensa que l'obstinació terapèutica pot provocar sofriment. L'estudi conclou en què les dinàmiques hospitalàries sovint dificulten la preservació de la dignitat del pacient i també recomana un enfocament centrat al benestar.	https://doi.org/10.1111/jan.15432
<i>A study of the factors associated with emergency department visits in advanced cancer patients</i>	Netsakao Dumnuai, Kittiphon Nagaviroj i Thunyarat Anothaisintawee. Tailandia, 2022	SCOPUS	Estudi de cohort retrospectiu	Investigar els factors que contribueixen a les visites al SUH entre pacients amb càncer avançat per tal d'identificar estratègies per reduir les visites innecessàries al SUH	Aquest estudi analitza els factors que fan que els pacients amb càncer avançat i amb cures pal·liatives acudeixin al SUH. Es va trobar que una major estada en cures pal·liatives redueix significativament aquestes visites, mentre que els pacients amb millor estat funcional tenen més probabilitats d'anar-hi.	https://doi.org/10.1186/s12904-022-01098-w

<i>receiving palliative care.</i>				entre aquests pacients.	Les conclusions suggereixen la necessitat d'estratègies per evitar visites innecessàries al SUH.	
<i>The end-of-life care practices of emergency care nurses and the factors that influence these practices: An integrative review.</i>	José Aquino, Júlia Crilly i Kristen Ranse. Australia, 2022	SCOPUS	Revisió sistemàtica integradora.	Analitzar i sintetitzar evidències de les pràctiques assistencials al final de la vida de les infermeres d'urgències i els factors que influeixen en aquestes pràctiques.	Aquest estudi revisa les pràctiques de les cures al final de la vida de les infermeres del SUH. També analitza els factors que hi influeixen a una millor o pitjor qualitat en les cures, com pot ser la cultura de l'atenció d'emergència, la manca de recursos i la preparació del personal. L'anàlisi suggereix millorar l'educació, els protocols/guies i el suport institucional per tal d'optimitzar l'atenció a pacients en situació d'últims dies al servei d'urgències.	https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101168
<i>Emergency care nurses' perceived self-competence in palliative care and its predictors: A cross-sectional study.</i>	Mei Feng, Qioan Liu, Jie Hao, Dan Luo, Sihong Yu i Jie Chen. Xina, 2022	SCOPUS	Estudi transversal.	Descriure la prevalença de l'autocompetència percebuda en les cures pal·liatives entre infermeres d'atenció d'emergència i explorar-ne els predictors.	Aquest estudi defensa que els infermers del SUH tenen un nivell baix de competència percebuda sobre cures pal·liatives. Els factors que més influeixen són la manca de formació, l'absència de programes de CP a urgències i un entorn de treball poc col·laboratiu. Per tant, es recomana més formació, suport als infermers i proporcionar millores en l'entorn laboral per augmentar-ne la seva competència.	https://doi.org/10.1111/ionm.13582
<i>Nurses Training and Capacitation</i>	Sonia Ortega Romero,	SCOPUS	Revisió bibliogràfica	Descriure la formació, capacitació i	L'estudi analitza la formació en cures pal·liatives per a infermers del SUH.	https://doi.org/10.3390

<p><i>for Palliative Care in Emergency Units: A Systematic Review</i></p>	<p>Almudena Velando Soriano, José Luis Romero Bejar, Keyla Vargas Román, Luis Albendín García, Nora Suleiman Martos i Guillermo Arturo Cañadas De la Fuente.</p> <p>Espanya, 2020</p>		<p>sistemàtica.</p>	<p>intervencions del personal d'infermeria que treballa en els SU en relació amb l'atenció pal·litiva (AP). Descriure la influència de l'AP en les visites als SU i analitzar el model d'accés a l'AP quan s'acudeix als serveis d'urgències.</p>	<p>Ressalta la importància de millorar la capacitat per optimitzar l'atenció, identificar necessitats dels pacients i evitar intervencions innecessàries. Així mateix, suggereix que la col·laboració entre urgències i els equips de cures pal·liatives, juntament amb una millor atenció domiciliària, poden reduir les visites a emergències, hospitalitzacions i morts a l'hospital. Conclou que enfortir les cures pal·liatives a diferents nivells d'atenció beneficia significativament la qualitat de vida dels pacients terminals.</p>	<p>/medicina56120648</p>
<p><i>Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study.</i></p>	<p>Rebecca J Wright, Karen Lowton, Glenn Robert, Corita R Grudzen i Patricia Grocott.</p> <p>Regne Unit, 2018</p>	<p>SCOPUS</p>	<p>Estudi qualitatiu mitjançant entrevistes semiestructurades i sessions de retroalimentació.</p>	<p>Identificar en col·laboració amb els metges d'urgències la prioritat de millora per a les cures pal·liatives en els serveis d'urgències per a persones majors.</p>	<p>Analitza les prioritats del personal SUH per tal de millorar la prestació de cures pal·liatives a la gent gran. Es van poder identificar quatre àrees principals de millora: comunicació i informació, sistemes i processos, comprensió de les cures pal·liatives i capacitació. Finalment, es destaca la necessitat de formació i col·laboració entre serveis per oferir una atenció pal·liativa més efectiva als SUH.</p>	<p>https://doi.org/10.1177/0269216317705789</p>
<p><i>Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los</i></p>	<p>Daniel Vázquez-García, Marisa De-la-Rica-Escuín, Concepción</p>	<p>SCIELO</p>	<p>Revisió sistemàtica qualitativa.</p>	<p>Analitzar la percepció i afrontament professional en metges i infermeres enfront de la mort d'un pacient en</p>	<p>En aquest estudi comenta que en el SUH existeixen dificultats per afrontar la mort, ja que és un lloc on la prioritat és salvar vides. A més, la falta de recursos, l'escassa formació del personal en CP i la inadequada</p>	<p>https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201908051.pdf</p>

<p><i>servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa</i></p>	<p>Germán-Bes i Ana-Luisa Caballero-Navarro . Espanya, 2019</p>			<p>el serveis hospitalaris d'emergències.</p>	<p>estructura organitzativa, no afavoreix les cures en el final de vida en aquest departament.</p>	
<p><i>Ansiedad y miedo ante la muerte en los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarios en Aragón</i></p>	<p>Daniel Vázquez-García, Marisa De-La-Rica-Escuín, Concepción Germán-Bes i Ana-Luisa Caballero-Navarro . Espanya, 2023</p>	<p>CUIDEN</p>	<p>Estudi observacional, descriptiu i transversal.</p>	<p>Descriure els nivells d'ansietat enfront la mort en professionals dels serveis d'urgències hospitalaris d'Aragó.</p>	<p>Aquest estudi analitza els nivells d'ansietat relacionats amb la mort entre el personal sanitari d'urgències a Aragó, Espanya. Els resultats indiquen que els nivells d'ansietat davant de la mort en aquests serveis són més baixos que en altres unitats hospitalàries i es va trobar una relació entre la categoria professional, la formació en autogestió emocional i la percepció de la salut mental amb els nivells d'ansietat. L'estudi suggereix la necessitat d'aprofundir aquestes variables per comprendre millor el seu impacte en l'ansietat davant de la mort.</p>	<p>https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862123000566</p>
<p><i>Abordaje del paciente en emergencia en la perspectiva de los cuidados paliativos.</i></p>	<p>Maria Olivia Fraga de Madeiros i Rudval Souza da Silva. Brasil, 2021</p>	<p>CUIDEN</p>	<p>Estudi exploratori-descriptiu d'enfocament qualitatiu.</p>	<p>Conèixer l'abordatge de l'equip de salut d'emergències en l'atenció de pacients amb malaltia avançada en la perspectiva de les cures pal·liatives.</p>	<p>L'article explora com l'equip de salut d'emergències atén pacients amb malalties avançades des de la visió de les cures pal·liatives. Hi van sortir dues categories principals: les cures pal·liatives com a sinònim de confort i alleugeriment del dolor, i la comunicació i control de símptomes com a nucli de l'enfocament pal·liatiu en emergències.</p>	<p>https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e13226/e13226?id=10165&user=univ-rovira&nivel=2&md=175bc067689b620f0afcfea4029e7f74</p>

					L'estudi conclou en què l'enfocament de les cures cap als pacients pal·liatius s'han de centrar en promoure el confort i el control de símptomes, utilitzant una comunicació empàtica i involucrant tant al pacient com a la família.	
<i>Dilemas éticos al final de la vida: morir en urgencias</i>	Brian Jiménez Catalán. Espanya, 2022	CUIDEN	Estudi narratiu.	Descriure des de la perspectiva bioètica, legislativa, deontològica i clínica els diferents aspectes que envolten la mort del pacient en situació d'últims dies en urgències.	L'article aborda els reptes ètics als quals s'enfronten els sanitaris quan es tracta de pacients al final de la vida en situacions d'emergència. Dóna importància als aspectes bioètics, legislatius, deontològics i clínics implicats en l'atenció als pacients que es troben en els seus últims dies, especialment al servei d'urgències. També dóna èmfasi en la necessitat d'una atenció de qualitat i el desenvolupament de protocols per tal de navegar per les complexitats de les cures pal·liatives en aquests entorns. Conclou que els professionals sanitaris en aquestes situacions han de ser formats no només en habilitats clíniques sinó també en bioètica i consideracions legals.	https://www.ciberindex.com/index.php/et/article/view/e14276
<i>Loss of dignity in End-of-life care in the emergency department: a phenomenologic</i>	José Granero-Molina, Maria del Mar Díaz-Cortés, José Manuel	PUBMED	Estudi qualitatiu fenomenològic.	Explorar i descriure les experiències de metges i infermeres respecte a la pèrdua de la dignitat d'una persona en les	Aquest estudi explora les experiències de metges i infermeres sobre la pèrdua de la dignitat en les CP dins del servei d'urgències. S'aborden tres temes principals: l'exposició a un entorn fred i	https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.020

<p><i>al Study with health professionals.</i></p>	<p>Hernandez-Padilla, María Paz García-Caro, Cayetano Fernández-Sola.</p> <p>Espanya, 2016</p>			<p>cures al final de la vida en el departament d'emergències.</p>	<p>impersonal, la manca d'autocrítica professional i de formació en CP i l'obstinació familiar i el "rescat hospitalari". A més, en aquest estudi s'evidencia que les condicions estructurals, les actituds professionals i les decisions familiars poden comprometre la dignitat de la persona malalta.</p>	
<p>Registro MORCAT: descripción de la sedación paliativa y la mortalidad en los servicios de urgencias.</p>	<p>Oriol Yuguero-Torres, Maria Jesús López, Emilia Cortés, Carma Boqué, Montse Navarra, Sònia Jiménez.</p> <p>Espanya, 2020</p>	<p>PUBMED</p>	<p>Estudi de cohort, prospectiu, no intervencionista i d'inclusió consecutiva.</p>	<p>Descriure les característiques i maneig dels pacients amb sedació pal·liativa (SP) en 11 serveis d'urgències hospitalaris (SUH) catalans.</p>	<p>Aquest estudi destaca que a pesar de què molts pacients prefereixen morir a casa, un alt percentatge mor al SUH, on la sedació pal·liativa s'inicia amb retràs en la majoria dels casos, prioritant intents de tractament curatiu. La falta de formació del personal i la sobrecàrrega assistencial dificulten una atenció adequada. La majoria d'aquests pacients moren en urgències, el qual, genera una sobrecàrrega i sense les condicions de privacitat desitjables per a la família i pacient.</p>	<p>https://revistamergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2020_32_2_118-121.pdf</p>
<p><i>The family as a member of palliative care assistance.</i></p>	<p>Johnata Cruz Matos i Moema da Silva Borges.</p> <p>Brasil, 2018</p>	<p>CINAHL (via EBSCOhost)</p>	<p>Estudi qualitatiu, exploratori i descriptiu.</p>	<p>Analitzar la percepció de les infermeres sobre la participació dels familiars en les cures pal·liatives.</p>	<p>Aquest estudi parla sobre la importància de proporcionar una cura holística tant al pacient com a la família. Però això requereix molta sensibilitat per part de la infermera. A més, aquesta també té la responsabilitat de capacitar als familiars amb relació a la malaltia que presenta el pacient, per a així evitar la pressió dels</p>	<p>https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234575p2399-2406-2018</p>

					familiars per prolongar la vida del pacient.	
<i>Healthcare professionals' perspectives of the management of people with palliative care needs in the emergency department of a UK hospital</i>	Jane Sausman, Azra Arif, Annie Young, John MacArtney, Cara Bailey, Jaimini Rajani i Rebecca Burt. Regne Unit, 2023	CINAHL (via EBSCOhost)	Estudi seqüencial de mètodes mixtos que inclou l'anàlisi quantitativa descriptiva.	Explorar les raons per les quals els pacients amb cures pal·liatives estaven sent admesos al SUH i fer recomanacions per donar suport als metges d'urgències que ofereixen cures pal·liatives.	Aquest estudi analitza el motiu pel qual els pacients amb necessitat de cures pal·liatives visiten el SUH i la percepció dels professionals davant d'aquests pacients. S'enfoca en els desafiaments que presenta aquest servei per a poder brindar una bona atenció a aquestes persones i en com millorar-los. La falta de temps, l'espai físic d'aquest servei, l'escassa formació dels professionals i recursos específics són obstacles importants en aquesta atenció. Així com, la falta de disponibilitat del servei de cures pal·liatives fora de l'horari laboral. L'estudi conclou en què el SUH no és el lloc ideal per a l'atenció al final de vida i que es necessita formació i recursos específics per als professionals d'urgències per a així garantir una millor mort.	https://doi.org/10.1186/s12904-023-01248-8
<i>Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service.</i>	Maria Eduarda Diniz Pereira, Antonio Barbosa i Maria dos Anjos Dixe. Portugal, 2018	CINAHL (via EBSCOhost)	Estudi retrospectiu, quantitatiu, exploratori i descriptiu.	Descriure l'atenció brindada pel personal d'infermeria al departament Occident dels Serveis Bàsics d'Urgències als pacients al final de vida.	L'article parla sobre que molts pacients desitgen morir a casa. No obstant això, acaben morint a l'hospital. A més, enumera les diferents intervencions invasives que es fan en pacients on la seva malaltia no és curativa, com ara l'ús d'una via intravenosa, anàlisis de sang, etc. També destaca l'ús freqüent de medicaments per al control de la dispnea, nàusees i vòmits.	https://doi.org/10.1111/scs.12551

<p><i>Experiences of caregivers of patients with noncancer diseases readmitted to an emergency department at the end of life.</i></p>	<p>José Amado-Tineo, Teodoro Oscanoa-Espinoza, Rudi Loli-Ponce, Marvin Omar Delgado-Guay. Costa Rica, 2024</p>	<p>CINAHL (via EBSCOhost)</p>	<p>Estudi qualitatiu</p>	<p>Descriure i comprendre les experiències dels cuidadors entorn a les situacions de final de vida amb malalties no oncològiques.</p>	<p>Aquest estudi analitza les experiències dels cuidadors de pacients en situació d'últims dies que acudeixen a urgències per falta de coneixements i recursos, com ara accés a altres serveis. Destaca aspectes positius, com una bona comunicació i el compromís, però també negatius, per falta d'informació i temps, per l'escassa formació dels professionals en CP, llargues esperes, etc. Examina les dificultats de les cures al domicili, els canvis de rols familiars, ajuda de varies persones per a fer-li les cures, etc. Finalment, aborda les experiències relacionades amb el final de vida, existeix una dicotomia entre acompanyar al pacient i evitar el seu patiment. Conclou amb la necessitat d'una millor educació de la comunitat i una millor formació en CP per als professionals de la salut.</p>	<p>https://doi.org/10.1186/s12904-024-01596-z</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Taula 5. Descripció dels articles (font: elaboració pròpia).

6. ANÀLISI

Després de calcular els resultats del CASPe (apartat 5.2), s'ha realitzat una anàlisi per veure la fiabilitat dels articles emprats en aquest estudi. Es considera que aquest estudi té una qualitat metodològica elevada, i que és considerablement sòlida, ja que hi ha un clar predomini dels articles amb puntuacions elevades (igual o superior a 8).

7. DISCUSSIÓ

Actualment, ens trobem davant d'una transició epidemiològica amb una esperança de vida més llarga, però també amb un ràtio més elevat de comorbiditats. En conseqüència, ens trobem davant una necessitat de millora dels sistemes de salut (Amado-Tineo et al., 2024). Altres autors també destaquen que aquest increment de la població ha provocat un augment de la prevalença de les malalties cròniques i, per tant, hi repercuteix amb un major nombre de visites a urgències (Martí-García et al., 2023).

7.1. **Percepció de la família i cuidadors en l'atenció a la mort en el SUH.**

La família i el pacient haurien de ser considerats com una unitat de cura, ja que un aspecte de les cures pal·liatives és la cura holística de la persona. S'entén que la família hauria d'estar acompanyant al pacient en situació d'últims dies, ja que quan aquest està hospitalitzat deixa d'estar en el seu entorn social i, per tant, la família representa un refugi per al pacient i una connexió amb el món exterior (Cruz i Silva, 2018). Així, segons un altre autor, la família és un element fonamental per al pacient, ja que aquesta pot tenir funcions com responsabilitzar-se de la cura de la persona, la participació activa en les decisions i en oferir suport al pacient (Amado-Tineo et al., 2024).

Una funció molt important de la família en aquestes situacions és la presa de decisions quan el pacient no es troba en totes les seves facultats, i encara que la família estigui en un estat de fragilitat emocional, continua tenint la responsabilitat i un rol actiu en la presa de decisions. No obstant això, de vegades la família es pot sentir poc preparada per a participar en el procés d'atenció i rau tota aquesta responsabilitat en el personal sanitari. A més, quan un dels membres de la família es veu afectat per una malaltia, aquesta pot causar un impacte diferent en cada integrant, arribant fins i tot a influir en la seva salut. Per consegüent, es genera una interrupció de les activitats de la vida diària i afecta en el canvi d'alguns plans i expectatives, tot

això pot comportar una sensació de frustració que pot arribar a ser difícil de gestionar (Cruz i Silva, 2018).

Moltes de les visites als SUH per part dels pacients pal·liatius són degudes a un mal funcionament del sistema sanitari i a una deficient connexió entre les diferents institucions, a més, d'una deficient accessibilitat als serveis de cures pal·liatives (Sobral i Souza, 2021). Tot això, comporta a què les famílies acudeixin al servei d'urgències davant d'una reagudització de la malaltia, ja que aquest té un accés més ràpid i fàcil, sent aquestes visites fora de l'horari comercial o quan les cures pal·liatives comunitàries no estan disponibles (Dumnui i Anothaisintawee, 2022). No obstant això, en vista de les peculiaritats d'aquest servei, els pacients i famílies acaben sense satisfer les seves necessitats (Sobral i Souza, 2021).

Les famílies que acudeixen al servei d'urgències presenten dues percepcions diferents. Per una banda, moltes famílies expressen que han tingut experiències positives en observar que el seu familiar obté cures especialitzades, veuen que hi ha un compromís amb el pacient per part dels professionals, i també expressen sentiments de gratitud, resignació i esperança durant el procés de final de vida (Amado-Tineo et al., 2024). Per contra, els autors ressalten que altres famílies expressen haver experimentat situacions desagradables relacionades amb el mal funcionament del sistema sanitari i la manca de recursos respecte a la infraestructura d'aquest servei, on es destaca la necessitat de privacitat i intimitat durant el procés i també hi ha una percepció de la falta de coneixements en cures pal·liatives per part dels professionals. Així mateix, també assenyalen que algunes famílies han expressat la seva insatisfacció en considerar que el personal del SUH no pot oferir un cuidatge òptim al final de la vida. Aquesta insatisfacció es pot relacionar amb les dificultats inherents als models d'atenció al final de la vida que no s'ajusten al context d'urgències i amb les tensions filosòfiques entre l'atenció d'emergència i l'acompanyament en els darrers moments de vida (Amado-Tineo et al., 2024 i Aquino et al., 2022).

Finalment, s'ha observat que en algunes ocasions els familiars o cuidadors no han estat clarament informats sobre el pronòstic del pacient, i que alguns han arribat a pensar que el pacient es recuperarà i tornarà al seu estat anterior. Així mateix, alguns autors refereixen que les famílies poden tenir carències respecte al significat del terme "cures pal·liatives" i ho relacionen només amb malalties de caràcter oncològic (Amado-Tineo et al., 2024). Altres

estudis, també mencionen que alguns membres de la família no entenen la diferència entre pal·liar i curar, però que encara així, estan contents de veure que com a mínim li estan fent “alguna cosa” al pacient (Cruz i Silva, 2018). A més, altres autors destaquen que el fracàs en acceptar la mort del pacient per part de la família pot comportar a realitzar intervencions invasives innecessàries en els pacients en el final de vida (Aquino et al., 2022).

7.2. Analitzar la visió de les infermeres respecte a l'atenció que es dona en l'acompanyament a la mort als pacients i família en el SUH.

Tal com destaca un autor, el SUH no és el lloc més apropiat per a tractar als pacients amb necessitats de cures pal·liatives (Sausman et al., 2023). Segons un altre autor, la pràctica de cures al final de vida en urgències està influenciada per múltiples factors, inclosa la pròpia cultura de l'atenció d'urgències, les condicions que rodegen la mort del pacient, les característiques personals de la infermera i els recursos disponibles per a les infermeres d'urgències. A més, destaca que el servei d'urgències es descriu com sorollós, amb una activitat ràpida de treball i amb una manca d'espai i privacitat (Aquino et al., 2022). Així mateix, en un altre estudi, les infermeres assenyalen aquest disseny deficient del SUH com un dels tres principals obstacles per a proporcionar una atenció terminal òptima, i ressalten la necessitat de millorar-lo creant espais específics que garanteixin la privacitat de la família i el pacient que es troba en els seus últims dies de vida (Vázquez-Garcia et al., 2019).

La necessitat de formació en cures al final de vida és una altra de les barreres més assenyalades. Els professionals manifesten la preocupació per la falta de coneixement en assumptes mèdics-legals i per les pautes d'atenció en el maneig dels símptomes al final de vida. A més, els professionals, expressen un desig de millorar les habilitats d'interacció en el tracte amb els pacients, indicant un coneixement limitat en aquesta àrea d'especialització (Vázquez-García et al., 2019). Segons les dades recollides per un estudi, es reconeix que la formació en CP és un dèficit en la infermeria d'urgències. Al mateix temps, aquest estudi analitza l'autocompetència percebuda, on aquesta és determinant del comportament en el procés de desenvolupament i implementació de competències, i destaca que aquesta pot influir en el comportament de les infermeres, ja que tendeixen a realitzar les activitats que creuen que tenen més capacitats de completar (Feng et al., 2022). Així mateix, un altre autor confirma que aquest entorn pot ser molt estressant. Tanmateix, la formació dirigida cap al maneig i l'autogestió de les emocions i unes bones estratègies per a l'afrontament de la mort,

poden afavorir la disminució de l'ansietat en aquests entorns i afavorir la qualitat assistencial (Vázquez-García et al., 2023). Finalment, uns altres autors també destaquen la importància de no utilitzar els mateixos criteris per a una atenció en pacients aguts i pacients en pal·liació (Sobral i Souza, 2021).

L'elevada càrrega de treball també se cita com una de les raons per la qual les infermeres no poden brindar suport, interactuar amb els pacients i les famílies al final de la vida i proporcionar unes cures pal·liatives de manera adequada (Aquino et al., 2022). Aquests desafiaments se sumen a altres barreres com les limitacions de temps, l'escassetat de personal i dificultats en la comunicació, que en conjunt dificulten una atenció òptima en els darrers moments de vida (Feng et al., 2022). Tenint en compte molts d'aquests obstacles, tal com assenyala un estudi, les infermeres estaven d'acord que tots aquests reptes afecten a la cura del pacient incrementant així la seva frustració, especialment en els pacients menys especialitzats. També, la majoria d'infermers estaven d'acord en què hauria d'assignar-se un espai per als pacients terminals (Ortega et al., 2020).

Els familiars enfadats i angoixats poden ser una complicació per a la prestació de cures pal·liatives al pacient al final de vida, ja que l'expressió d'emocions intenses per part d'aquests pot desviar l'atenció de la infermera, allunyant-la de la cura directa del pacient (Aquino et al., 2022). Altres autors comenten que quan la família no vol parar, sorgeix el conflicte moral al voltant de la nostra atenció, i s'acaben mantenint mesures invasives o abandonant al pacient a la seva sort, creant un ambient hostil amb la finalitat d'evitar el conflicte legal (Jiménez, 2022). A més, la "cultura del rescat" i l'evitació de la mort, pot provocar en les infermeres d'urgències una sensació de fracàs professional. A la mateixa vegada, el fet d'estar tan exposat al trauma i la mort, hi ha infermeres que expressen sentir-se apàtiques i "fredes" davant dels pacients i les famílies, i d'altres, expressen evitar les interaccions amb els familiars en procés de dol per a protegir-se a elles mateixes d'una sensació similar a la pèrdua i l'angoixa (Aquino et al., 2022).

També hi ha infermeres que emfatitzen que no comptar amb pautes i polítiques contextualment apropiades per al final de vida en el SUH pot ser una barrera per a la seva participació en el procés d'últims dies (Aquino et al., 2022). Els professionals dels SUH de vegades experimenten sentiments de fracàs i impotència en tractar amb pacients que requereixen atenció al final de la vida. A més, degut a la falta de temps i recursos, sovint fa que

els pacients amb necessitats de cures pal·liatives passin a ser una baixa prioritats clínica (Sausman et al., 2023).

Finalment, en el moment d'arribada d'un pacient en situació de final de vida, ens hem de plantejar què és important en aquest moment per a la persona. La privacitat, el respecte a la seva dignitat, l'elecció adequada de la ubicació a urgències, el maneig dels símptomes que evitin prolongar la mort, l'accés al suport moral i espiritual, la minimització de la càrrega familiar i l'existència d'una relació forta pacient-família-equip d'atenció són claus en aquest procés. A urgències hem de ser capaços de transmetre tranquil·litat i seguretat al pacient i la seva família per reforçar la seva confiança (Jiménez, 2022).

7.3. Intervencions que faciliten l'acompanyament i l'atenció a una mort digna als SUH.

Tal com relata un estudi, la majoria de persones prefereix morir a casa. No obstant això, malgrat aquestes preferències, la majoria dels pacients moren a l'hospital. Aquest estudi es centra en intervencions d'infermeria que són utilitzades en situacions d'urgència, però que també s'apliquen a pacients on la seva malaltia és irreversible. Entre aquestes, es troba la preparació i administració de medicació, cateterismes, realitzar anàlisis de sang, aspirar secrecions, administrar seroteràpia i monitoritzar les constants vitals i l'estat de consciència (Diniz et al., 2018). Un altre autor també destaca altres intervencions realitzades pel personal d'infermeria quan la mort del pacient era imminent: ús d'oxigen complementari (83,1%), monitorització de glucèmia (92,8%), electrocardiograma (49,4%) i maniobres de reanimació (26,3%) (Ortega et al., 2020). Així mateix, un tercer autor, explica que la via subcutània és la de primera elecció per a l'administració de medicació degut al delicat estat físic del pacient en situació d'últims dies. No obstant això, en aquest estudi fa referència a la utilització d'aquesta via només per l'administració d'heparina (32,5%) i insulina (21,7%). També recalca, la importància de reconèixer quan s'haurien de deixar de realitzar tècniques invasives per tal d'evitar l'obstinació terapèutica. D'altra banda, aquest estudi també destaca la importància de detectar la fase d'agonia a causa del dolor/malestar, ja que aquesta és un signe imminent de mort, així com la confusió, l'agitació, la bradipnea, etc. Finalment, conclou en què l'ús de la tecnologia i la resta de tècniques han de coexistir amb l'atenció de manteniment i confort, i

argumenta que els conceptes de cuidatge i tractament no competeixen entre si, sinó que són complementaris (Diniz et al., 2018).

Per contra, un altre autor, destaca que l'inici de les cures per al final de vida representen un canvi en l'enfocament de tractaments curatius a tractaments dirigits en potenciar el confort i preservar la dignitat. Aquest article destaca intervencions que s'han de dur a terme per infermeria per tal de facilitar l'acompanyament i l'atenció a una mort digna als SUH. Primerament, és important afavorir una bona comunicació mitjançant l'intercanvi d'informació entre els professionals, la família i pacient. Seguidament, s'ha de fer una reestructuració del servei, i això implica adaptar-lo físicament a l'entorn del pacient per tal de facilitar la mort i el dol. Per fer-ho, és ideal moure els pacients i famílies a zones privades i menys visibles dintre del SUH per a així poder crear un record positiu de la cura que s'ha proporcionat a la persona durant els seus últims dies. Així mateix, una altra intervenció és la presa de decisions centrada en el pacient i la família, ja que és important deixar que les famílies puguin escoltar, veure i tocar el pacient, així com expressar les condolences i facilitar el diàleg sobre la mort (Aquino et al., 2022). Un altre autor també ressalta la promoció del confort, i l'alleujament del dolor, assumint així la comunicació i el control dels símptomes com les principals eines. A banda de la comunicació verbal, les infermeres han d'estar atentes al llenguatge no verbal, com seria, per exemple, un silenci prolongat resultant de l'absència de la família o derivat de la consciència de sofriment (Sobral i Souza, 2021). De la mateixa manera, identificar els desitjos que té el pacient o la família sobre les cures al final de vida i explicar-los què vol dir aquest últim concepte són claus en el procés. Igualment, el suport espiritual reconeix el principi holístic d'atenció que aborda les dimensions psicològica, social i espiritual d'una persona, per tant, és interessant poder oferir serveis socials i religiosos a qui ho sol·liciti (Diniz et al., 2018).

Finalment, les pautes i els protocols són importants per orientar la pràctica i generar consciència sobre les possibles intervencions que es poden utilitzar per a millorar l'experiència de mort dels pacients en els SUH (Aquino et al., 2022). Tot i això, reflexionar sobre la pràctica que es duu a terme al SUH respecte a els cuidatges, pot contribuir a sensibilitzar als professionals i, per tant, disminuir les situacions de distansia. L'empatia, la compassió, l'escolta activa i respectant els valors lliures de prejudicis també tenen un efecte positiu en les experiències del cuidar, permetent als pacients sentir-se escoltats, compresos i validats (Sobral i Souza, 2021). Així mateix, la dignitat és un atribut a una bona mort, per poder garantir-la és

essencial mantenir el respecte, l'autonomia, l'empoderament i la comunicació (Granero-Molina et al., 2016).

7.4. Comparativa entre països respecte a les cures al final de vida al SUH.

A la Xina, molt poques facultats d'infermeria ofereixen cursos de cures pal·liatives, això és indicador d'una gran bretxa en comparació amb els països occidentals que si estan més formats al respecte. Aquest fet, provoca actituds més negatives davant d'aquest tipus de cures respecte altres països (Feng et al., 2022).

A Austràlia el personal sanitari es sent confiat en el maneig dels signes i símptomes dels pacients amb necessitats de cures pal·liatives (Ortega et al., 2020). Altres autors també destaquen que Austràlia, Amèrica del Nord i Europa estan en bon camí respecte a les cures al final de vida, ja que l'any 2014 l'OMS ha fomentat la integració d'aquesta atenció a les polítiques públiques i les bases curriculars, i s'han d'integrar als serveis d'AP, domiciliària i d'alta complexitat (Sobral i Souza, 2021).

Un altre estudi refereix que a Catalunya els pacients ancians amb comorbiditat greu, unes 3/4 parts reben tractament amb intenció curativa com a primera opció terapèutica, de manera que la sedació pal·liativa (SP) no s'inicia fins a quasi les 18 hores des de l'arribada al SUH. L'origen oncològic representa només un 14,8% dels casos, i això és degut a que probablement reben més atenció i orientació pal·liativa (Yuguero-Torres et al., 2020).

D'altra banda, en les discussions respecte a la falta de temps, un altre autor, a Anglaterra, refereix que el principal problema és "l'objectiu de les 4 hores". Això és un pla de millora de qualitat implementada l'any 2004 pel Servei Nacional de Salut (NHS) que estableix que el temps des de l'arribada fins a l'admissió, el trasllat o l'alta no hauria de superar les 4 hores en total, per tant, l'atenció al pacient amb necessitats pal·liatives no es dona al propi SUH (Wright et al., 2018).

8. CONCLUSIONS

S'ha observat que la humanització de les cures és essencial per poder garantir una mort digna als pacients que es troben en els seus últims dies en el SUH. No obstant això, s'han destacat certes dificultats específiques del SUH com la càrrega de treball, l'estructura arquitectònica, així com, la falta de formació específica en CP en els professionals sanitaris d'aquests serveis per a poder aconseguir un cuidatge òptim en el final de vida.

Seguint la Teoria del Cuidatge Humà de Jean Watson, model que fonamenta aquest treball, ofereix una visió oposada al paradigma biomèdic. Aquesta, es centra en la relació d'ajuda entre persona i cuidador, destacant la confiança com a element clau per garantir una mort d'acord amb els desitjos del pacient. Així mateix, promou un cuidatge holístic que equilibra cos, ment i ànima, i convida a les infermeres a actuar amb empatia, reconeixent la vulnerabilitat de la persona més enllà de la malaltia.

8.1. Objectiu 1. Percepció de la família i cuidadors en l'atenció a la mort en el SUH.

Les conclusions d'aquest objectiu són que la família és un pilar fonamental en l'atenció al final de vida de les persones. Respecte a la percepció de les famílies, s'han pogut destacar dues visions diferents segons els diversos estudis. Primerament, algunes valoren positivament l'atenció rebuda, mentre que d'altres denuncien la manca d'intimitat i la falta de coneixements pal·liatius per part dels professionals.

8.2. Objectiu 2. Visió de les infermeres respecte a l'atenció que es dona en l'acompanyament a la mort als pacients i família en el SUH.

La percepció d'infermeria ha estat unificada i coherent respecte a els diferents estudis. Es creu que el SUH no és l'entorn més adequat per oferir una adequada atenció al final de vida, així i tot, les infermeres intenten afrontar cada cas de manera humanitzada, personalitzada i preservant la major dignitat possible. D'altra banda, els principals obstacles que les infermeres han destacat inclouen: la pressió assistencial, la manca de temps, la falta de comunicació, la manca de protocols i guies clares, i la falta d'espais més íntims dintre del servei.

8.3. Objectiu 3. Intervencions que faciliten l'acompanyament i l'atenció a una mort digna als SUH.

L'atenció al final de vida al SUH, suggereix una combinació entre tècniques clíniques i habilitats personals centrades en aquest tipus de situacions. Per tant, entre les intervencions més importants d'infermeria pel que fa a la facilitació en l'acompanyament, es destaquen: el control de la simptomatologia aguda, la monitorització dels signes vitals, l'ús de medicació subcutània, reconèixer els signes d'agonia precedents a la mort, l'ajuda a la participació de la família en la presa de decisions, la comunicació eficaç, la relació de confiança i el respecte a l'autonomia, entre d'altres.

8.4. Objectiu 4. Comparativa entre països respecte a les cures al final de vida al SUH.

S'ha realitzat una breu comparativa sobre les cures al final de la vida al SUH. S'ha vist que a Austràlia, Amèrica del Nord i Europa presenten una millor formació en cures pal·liatives, mentre que a la Xina hi ha una gran bretxa en aquest aspecte. A Anglaterra, la pressió per complir l'objectiu de les 4 hores limita l'atenció pal·liativa dins del SUH, tot i ser eficaços en sedació. I, a Catalunya, en pacients ancians amb comorbiditat la SP no s'ofereix fins a 18 hores posterior a l'ingrés, ja que es prioritza l'atenció curativa, i l'atenció oncològica ja rep una atenció més específica fora del SUH. En general, els països amb polítiques públiques alineades amb l'OMS mostren millores, tot i persistir-hi barreres com la falta de formació o els objectius de temps.

9. LIMITACIONS I FORTALESES DE L'ESTUDI

Les limitacions d'aquest estudi han estat diverses, una d'aquestes ha sigut la dificultat en l'accés d'articles d'interès a causa de la no-disponibilitat en algunes bases de dades, ja que requereixen d'una subscripció per part de la institució. Així mateix, s'han trobat en què algunes bases de dades han tingut certa complexitat del sistema informàtic a l'hora d'introduir els filtres automàtics. Malgrat les limitacions d'accés, s'ha pogut obtenir informació de diverses fonts, assegurant una visió més àmplia i contrastada del tema. Així mateix, una de les fortalezes ha estat l'oportunitat de poder realitzar el treball entre dues persones i poder contrastar la informació i debatre el tema durant tot el procés, fomentant així el pensament crític. També hi ha hagut molta capacitat d'adaptació, demostrant flexibilitat i resolució de problemes.

10. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

Els resultats d'aquest estudi es poden aplicar a la pràctica clínica gràcies a que pot ajudar als professionals sanitaris a adquirir una visió diferent sobre l'atenció al final de vida al SUH. Així com pot impulsar a identificar pràctiques més segures i eficients i suggerir-les en futurs canvis en guies clíniques establertes. Tanmateix, impulsa en la necessitat d'una millor cooperació entre serveis domiciliaris de CP, l'AP i el SUH, aprofitant així els recursos que es tenen.

Els resultats també han demostrat una mancança en la formació dels professionals, per tant, pot servir d'incentiu per invertir-ne en aquesta en futures ocasions. Finalment, l'aplicació de tots els resultats poden servir per millorar la qualitat al final de vida dels pacients i el seu entorn.

A partir d'aquest estudi sorgeixen diverses futures línies d'investigació, com pot ser la realització d'un estudi més exhaustiu sobre la humanització dels espais del SUH, el disseny i implementació de programes formatius en CP per a professionals dels SUH amb un estudi comparatiu entre el SUH amb protocols pal·liatius i el SUH sense protocols, o analitzar l'impacte de la integració de la telemedicina i sistemes de suport remot en decisions pal·liatives urgents, entre d'altres.

11. BIBLIOGRAFIA

Amado-Tineo, J., Oscanoa-Espinoza, T., Loli-Ponce, R., i Delgado-Guay, M. O. (2024). Experiences of caregivers of patients with noncancer diseases readmitted to an emergency department at the end of life. *BMC Palliative Care*, 23(1). Recuperat 20 de gener de 2025, de <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01596-z>

Aquino, J., Crilly, J., & Ranse, K. (2022). The end-of-life care practices of emergency care nurses and the factors that influence these practices: An integrative review. In *International Emergency Nursing*, 63. Recuperat 18 de desembre de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101168>

Calvo Sandino, M., Gómez Rodríguez, M.P. i Berges Herranz, L. (2022). La muerte digna y su aplicación en los servicios de urgencias. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperat 29 de novembre de 2024, de https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-muerte-digna-y-su-aplicacion-en-los-servicios-de-urgencias-revision-sistemica/?utm_content=cmp-true

Canal Salut. (2023). *Causes de la necessitat de rebre cures pal·liatives*. Recuperat 29 de novembre de 2024, de <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/cures-pal·liatives/causes/>

Carreras, A., Morlans, M., Berdés, I., Broggi, M., Busquets, J.M., Escarrabill, J., Gálvez, G., Jovells, M., Althaià, F., Júdez, C., Puig, M., Puyol, A., Roger, N., Ruiz, R., i Tombas, A. (2017). El servei d'urgències hospitalaris: una reflexió des de l'ètica. *Comité de Bioètica de Catalunya*. Recuperat 26 d'octubre de 2024, de https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/consideracions_etiques_urgencies.pdf

Chavarro Artunduaga, M.A. i Peña Buitrago, E.Y. (2019). Cuidado de enfermería en pacientes de urgencias a través de la teoría del cuidado de Jean Watson. *Revista Navarra Médica*, 5 (1), 49-56. Recuperat 26 de novembre de 2024, de <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/196/94>

Cruz Matos, J, i Silva Borges, M. (2018). The family as a member of palliative care assistance. *Journal of Nursing*, 12(9), 2399–2406. Recuperat 20 de gener de 2025, de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234575p2399-2406-2018>

Derecho a morir dignamente. (n.d.). *Quiénes somos | Derecho a Morir Dignamente*. Recuperat 28 de novembre de 2024, de <https://derechoamorir.org/quienes-somos/>

Diniz Pereira, M. E., Barbosa, A., i Dixe, M. A. (2018). Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1056–1063. Recuperat 20 de gener de 2025, de <https://doi.org/10.1111/scs.12551>

Dumnui, N., Nagaviroj, K., i Anothaisintawee, T. (2022). A study of the factors associated with emergency department visits in advanced cancer patients receiving palliative care. *BMC Palliative Care*, 21, 197. Recuperat 18 de desembre de 2024, de <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01098-w>

Feng, M., Liu, Q., Hao, J., Luo, D., Xiang Yang, B., Yu, S., i Chen, J. (2022). Emergency care nurses' perceived self-competence in palliative care and its predictors: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30, 1225–1234. Recuperat 18 de desembre de 2024, de <https://doi.org/10.1111/ionm.13582>

Gómez-Batiste, X., Caja. C., Espinosa. J., Bullich. I., Mallo. M.J. (2009). Model de cures pal·liatives de Catalunya. *Institut Català d'Oncologia*. 2-159. Recuperat 27 de novembre de 2024, de https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_model_atencio_pal_catalunya_vf.pdf

Gómez del Valle, C., Llagostera Pagès. M. i Moreno Hoyos, M.C. (2022). ¿Qué es la adecuación del esfuerzo terapéutico? *SECPAL*. Recuperat 21 de novembre de 2024, de <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/02/comprender-cuidados-paliativos-2-adequacion-esfuerzo-terapeutico.pdf>

Granero-Molina, J., Díaz-Cortés, M. del M., Hernández-Padilla, J. M., García-Caro, M. P., & Fernández-Sola, C. (2016). Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study with Health Professionals. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 233–239. Recuperat 18 de gener de 2025, de <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.020>

Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M.E. ., De La Cruz-Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev enferm Herediana*, 9 (2), 133-142. Recuperat 26 de novembre de 2024, de <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1>

Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *REV CLIN MED FAM*, 10 (1), 29–38. Recuperat 23 de novembre de 2024, de <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v10n1/especial.pdf>

Iglesias Lepine, M., i Echarte Pazos, J. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*, 19, 201–210. Recuperat 29 de novembre de 2024, de https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2007_19_4_201-10.pdf

Iglesias, M., i Lafuente, A. (2010). Care for the dying patient in emergency departments. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33(1), 173–191. Recuperat 29 de novembre de 2024, de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original18.pdf>

Ignacia del Río, M. i Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. (32). 16-22. Recuperat 26 de novembre de 2024, de <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CuidadosPaliativosHistoriaydesarrollo-1.pdf>

Ignorosa-Nava, C.A. González-Juárez, L. (2014). Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. *Enfermería Universitaria*, 11(3), 110–116. Recuperat 26 de novembre de 2024, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n3/v11n3a6.pdf>

Jiménez Catalán, B. (2022). Dilemas éticos al final de la vida: morir en urgencias. *Revista Ética de Los Cuidados*, 15. Recuperat 10 de gener de 2025, de <https://www.ciberindex.com/index.php/et/article/view/e14276/e14276>

Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. (30 de julio de 2018). Boletín Oficial del Estado, 183, 76351-76371. Recuperat 22 de novembre de 2014, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-10760-consolidado.pdf>

Ley 5/2015, de 26 de Junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. (23 de septiembre de 2015). Boletín Oficial del Estado, 228, 85012-85025. Recuperat 21 de novembre de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10200#:~:text=La%20limitaci%C3%B3n%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico,las%20y%20de%20los%20profesionales.>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (15 de noviembre de 2002). Boletín Oficial del Estado, 274, 40126-40132. Recuperat 22 de novembre de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (25 de marzo de 2021). Boletín Oficial del Estado, 72, 34037-34049. Recuperat 22 de novembre de 2024, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf>

March, J.C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245–247. Recuperat 23 de novembre de 2024, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X17300696>

Martí-García, C., Fernández-Férez, A., Fernández-Sola, C., Pérez-Rodríguez, R., Esteban-Burgos, A. A., Hernández-Padilla, J. M., i Granero-Molina, J. (2023). Patients experiences and perceptions of dignity in end-of-life care in emergency departments: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 269–280. Recuperat 18 de desembre de 2024, de <https://doi.org/10.1111/jan.15432>

Maté Méndez, J. (2014). *Sufrimiento en el paciente oncológico al final de la vida*. (Tesi doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperat 26 de novembre de 2024, de https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_283732/jmm1de1.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. Recuperat 24 d'octubre de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Ortega Romero, S., Velando Soriano, A., Romero Bejar, J. L., Vargas Román, K., Albendín García, L., Suleiman Martos, N., i Cañadas De La Fuente, G. A. (2020). Nurses Training and Capacitation for Palliative Care in Emergency Units: A Systematic Review. *Medicina*, 56 (12). Recuperat 18 de desembre de 2024, de <https://doi.org/10.3390/medicina56120648>

Pabón-Ortíz, E.M., Mora-Cruz, J.V.D., Castiblanco-Montañez, R.A., i Buitrago-Buitrago, C.Y. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94–104. Recuperat 23 de novembre de 2024, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7732371>

Pascual López, A. (2007). Estrategias de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Recuperat 28 de novembre de 2024, de <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

Red de Cuidados Paliativos de Andalucía. (2020). *Conspiración del Silencio*. Recuperat 8 de febrer de 2025, de <https://www.redpal.es/pacto-de-silencio/>

Sausman, J., Arif, A., Young, A., MacArtney, J., Bailey, C., Rajani, J., i Burt, R. (2023). Healthcare professionals' perspectives of the management of people with palliative care needs in the emergency department of a UK hospital. *BMC Palliative Care*, 22(1). Recuperat 20 de gener de 2025, de <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01248-8>

Sobral Fraga de Madeiros, M. O. , i Souza da Silva. R. (2021). Abordaje del pacient en emergencia en la perspectiva de los cuidados paliativos. *Index de Enfermería*, 30, 297–302. Recuperat 10 de gener de 2025, de <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e13226/e13226?id=10165&user=univ-rovira&nivel=2&md=175bc067689b620f0afcfea4029e7f74>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2015). *Declaración OMC-SECPAL: Definición de cuidados paliativos, obstinación terapéutica, eutanasia y suicidio asistido*. Recuperat 21 de novembre de 2024, de

<https://www.secpal.org/declaracion-omc-secpal-definicion-de-cuidados-paliativos-obstinacion-terapeutica-eutanasia-y-suicidio-asistido/>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (n.d.). *Guía de Cuidados Paliativos*. Recuperat 20 de novembre de 2024, de

<https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsecpal-1.pdf>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (n.d.). *Historia de los cuidados paliativos*. Recuperat 20 de novembre de 2024, de <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

Vázquez-García, D., De-La Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., i Caballero-Navarro, A. L. (2019). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1–15. Recuperat 10 de gener de 2025, de

<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201908051.pdf>

Vázquez-García, D., De-La-Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., i Caballero-Navarro, A. L. (2023). Ansiedad y miedo ante la muerte en los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarios en Aragón. *Enfermería Clínica*, 33, 269–277. Recuperat 10 de gener de 2025, de

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862123000566>

Wright, R. ., Lowton, K., Robert, G., Grudzen, C. ., i Grocott, P. (2018). Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(2), 417–425. Recuperat 18 de desembre de 2024, de

<https://doi.org/10.1177/0269216317705789>

Yáñez Caballero, B., Velasco Bueno, J.M. i Heras La Calle, G. (2020). Manual de buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. *Hurgencias*. Recuperat 23 de novembre de 2024, de

<https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2020/09/ManHUrgHosp.pdf>

Yuguero-Torres, O., Jesús López, M., Cortés, E., Boqué, C., Navarra, M., i Jiménez, S. (2020). Registro MORCAT: descripción de la sedación paliativa y la mortalidad en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 32, 118–121. Recuperat 20 de gener de 2025, de

https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2020_32_2_118-121.pdf

12. ANNEXES

ARTICLE	It.1	It.2	It.3	It.4	It.5	It.6	It.7	It.8	It.9	It.10	TOTAL
Art. 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
Art. 3	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8/10
Art. 5	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8/10
Art. 6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Art. 7	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9/10
Art. 10	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Art. 11	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	6/10
Art. 12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
Art. 17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Art. 18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Art. 20	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8/10

Annex 1. Model CASPE en articles qualitius i sistemàtics (font: elaboració pròpia)

ARTICLE	It.1	It.2	It.3	It.4	It.5	It.6	It.7	It.8	It.9	It.10	It.11	TOTAL
Art. 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 4	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	6/11
Art. 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 14	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	8/11
Art. 19	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8/11

Annex 2. Model CASPE en articles quantitius i de cohorts (font: elaboració pròpia)