

María Carcedo González

Carla Ruiz Rojas

**ATENCIÓN DE NECESIDADES PALIATIVAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigido por: Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Facultad de enfermería

VILAFRANCA 2026

Importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida.

Cicely Saunders

Agradecimientos

Yo, Maria, quiero agradecer especialmente a mi madre, por su fuerza infinita durante estos ocho años de lucha contra el cáncer. Este trabajo también es suyo. Gracias por enseñarme cada día el verdadero significado de la valentía, la dignidad y el amor incondicional incluso en los momentos más difíciles. Todo lo aprendido a tu lado ha sido la inspiración principal para desarrollar un proyecto que busca humanizar y mejorar la atención de pacientes que atraviesan situaciones tan complejas.

A mi padre, gracias por permanecer siempre ahí, sosteniendo a nuestra familia incluso en los momentos más duros, por el apoyo constante y por enseñarme el valor de la entrega y el cuidado silencioso.

Y, por último, a mi abuela. Aunque ya no estés aquí desde mi primer año de carrera, sé que habrías estado orgullosa de verme llegar hasta este momento. Tu recuerdo me ha acompañado durante todo este camino y una parte de este logro siempre será para ti.

Yo, Carla, agradezco profundamente a toda mi familia, quienes me enseñaron el verdadero significado de cuidar durante el proceso paliativo, con todo el dolor y la fortaleza que ello implica. Gracias a ellos, hoy busco hacer del cuidado una forma de devolver dignidad, humanidad y alivio a quienes más lo necesitan, comprendiendo que las personas siempre perduran en el corazón de aquellos que han amado.

A mi pareja y a nuestra perrita, por darme la fuerza para continuar este proyecto cada día, incluso en aquellos momentos en los que el camino se hacía más difícil y aun así nunca me soltaron la mano.

Un agradecimiento especial a mi abuela, quien no solo ayudó a formar la persona que soy hoy, sino que me enseñó el verdadero significado de la empatía. Tus palabras resuenan en mi corazón en cada paciente, en cada cuidado y en cada instante en el que intento recordar que, antes que enfermedad, siempre existe una persona.

Queremos agradecer a Vinette, el grupo con el que hemos recorrido toda la carrera, diez futuras enfermeras increíbles, por su apoyo constante y por hacer este camino mucho más especial.

Finalmente queremos dedicar especial reconocimiento y agradecimiento a la que ha sido nuestra tutora por su dedicación, implicación y acompañamiento constante a lo largo de este proyecto.

Índice

Resumen	8
Abstract	9
1. Introducción	10
2. Objetivos y pregunta PICO.....	13
3. Marco teórico	14
Problemas actuales de la atención en urgencias hospitalarias al paciente paliativo	14
Procedencia y perfil del paciente paliativo en urgencias hospitalarias.....	15
Enfermedades más prevalentes en el final de la vida	16
Síntomas prevalentes en el paciente paliativo en un servicio de urgencias.....	17
Algoritmos en el servicio de urgencias hospitalario	20
Detección precoz del paciente paliativo a través de un algoritmo	21
Planificación anticipada de cuidados.....	23
Plan de intervenciones compartidas.....	24
4. Metodología	25
Tipo y muestra de estudio	25
Criterios de inclusión y exclusión	27
Método de selección	27
5. Resultados	29
Descripción de los estudios incluidos en la revisión	29
Perfil del paciente paliativo atendido en urgencias.....	30
Motivos de consulta y carga sintomática en el servicio de urgencias	31
Identificación precoz de necesidades paliativas y herramientas de cribado	32
Impacto de la integración de cuidados paliativos en la adecuación terapéutica y en la toma de decisiones	33
Planificación anticipada de cuidados y decisiones al final de la vida	34
Propuesta de algoritmo de actuación en el servicio de urgencias	35
6. Discusión	36

7. Conclusión	39
8. Limitaciones	41
9. Aspectos éticos.....	42
10. Aplicabilidad.....	43
Bibliografía.....	45
Anexos	52
Anexo 1: Escala Visual Analógica del Dolor (EVA)	52
Anexo 2: Escala PAINAD	53
Anexo 3: Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)	54
Anexo 4: NECPAL-ICO	55
Anexo 5: P-Cares.....	56
Anexo 6: SPICT	57
Anexo 7: Tabla de resultados	58

Índice de tablas

Tabla 1 Motivos de consultas y síntomas prevalentes de pacientes paliativos en urgencias.....	32
Tabla 2 Comparación de resultados clínicos según atención habitual y atención con cuidados paliativos en el servicio de urgencias.....	34
Tabla 3. Tabla de resultados	58

Índice de figuras

Figura. 1 Diagrama de flujo prisma 2020	28
Figura. 2 Distribución aproximada de las patologías en pacientes paliativos atendidos en urgencias	31
Figura. 3. Algoritmo de actuación en urgencias ante pacientes con enfermedad avanzada y probable necesidad paliativa.....	44
Figura. 4. Escala Visual Analógica (EVA).....	52
Figura. 5. Escala PAINAD	53
Figura. 6. Escala ECOG	54
Figura. 7. Escala NECPAL-ICO.....	55
Figura. 8. Escala P-Cares.....	56
Figura. 9. SPICT	57

Resumen

Introducción: la atención a pacientes con necesidades paliativas en los servicios de urgencias supone un reto creciente para el sistema sanitario debido al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas avanzadas. Estos pacientes presentan alta carga sintomática y requieren una atención rápida, integral y centrada en el confort. Sin embargo, existen limitaciones en la identificación precoz y en la adecuación de los cuidados en este contexto.

Objetivo: analizar la evidencia científica sobre la atención del paciente paliativo en urgencias hospitalarias, valorando el impacto de herramientas de detección precoz, algoritmos clínicos y la integración de cuidados paliativos en la calidad asistencial.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, CINAHL y Scopus, seleccionando estudios publicados entre 2016 y 2026 en población adulta. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y se analizaron artículos relacionados con cuidados paliativos en urgencias.

Resultados: los pacientes paliativos atendidos en urgencias suelen ser personas mayores con comorbilidades y elevado deterioro funcional. Los motivos de consulta más frecuentes son disnea, dolor y empeoramiento del estado general. Se observa una baja implantación de herramientas de cribado, aunque su uso mejora la identificación precoz y la toma de decisiones. La integración de cuidados paliativos se asocia a una reducción de intervenciones agresivas y a una mayor orientación hacia el confort del paciente. Asimismo, se desarrolló un algoritmo clínico basado en la evidencia para mejorar la identificación y el manejo de estos pacientes en el ámbito de urgencias.

Conclusiones: la atención al paciente paliativo en urgencias requiere estrategias estructuradas que permitan mejorar su identificación y manejo. La incorporación de algoritmos clínicos y la planificación anticipada de cuidados favorecen una atención más adecuada, humanizada y centrada en la persona.

Palabras clave: cuidados paliativos, urgencias hospitalarias, toma de decisiones, calidad asistencial, planificación anticipada, manejo de síntomas.

Abstract

Introduction: the increasing prevalence of advanced chronic illnesses and population aging have led to a growing number of patients with palliative needs attending emergency departments. These patients often present with complex clinical situations and a high symptom burden, requiring rapid, individualized, and comfort-focused care. However, emergency settings are not always adequately adapted to address the specific needs of this population.

Objective: to analyse the available scientific evidence regarding the care of patients with palliative needs in emergency departments, with special focus on early identification tools, clinical algorithms, and the impact of palliative care integration on healthcare quality and clinical decision-making.

Methods: a bibliographic review was carried out using the PubMed, CINAHL, and Scopus databases. Studies published between 2016 and 2026 involving adult populations were selected according to previously established inclusion and exclusion criteria.

Results: patients with palliative needs attending emergency departments are predominantly older adults with multiple comorbidities, advanced disease, and significant functional deterioration. The most frequent reasons for consultation include dyspnea, pain, and general clinical worsening. The review identified a limited implementation of structured screening tools in emergency settings, despite evidence suggesting that their use facilitates early identification, improves decision-making, and promotes more appropriate therapeutic interventions. Furthermore, the integration of palliative care was associated with fewer aggressive interventions, greater emphasis on symptom control, and a more patient-centered approach. Based on the findings, a clinical algorithm was developed to support the identification and management of palliative patients in emergency departments.

Conclusions: the care of patients with palliative needs in emergency departments requires structured and integrated strategies that facilitate early identification and appropriate clinical management. The incorporation of screening tools, clinical algorithms, and advance care planning may contribute to more humanized, proportional, and patient-centered care.

Keywords: Palliative care, emergency department, clinical decision-making, quality of care, advance care planning, symptom management.

1. Introducción

La mejora de la atención a los pacientes en situación paliativa constituye hoy en día uno de los retos de mayor complejidad dentro del sistema sanitario, en especial, en el ámbito de los servicios de urgencias. Las personas con enfermedades avanzadas, suelen acudir a urgencias debido a que por la condición de su enfermedad son susceptibles a sufrir en mayor grado crisis sintomáticas como dolor, disnea, fiebre, astenia, náuseas y vómitos o delirium, que no pueden esperar la atención por parte de profesionales sanitarios, lo que convierte este servicio en un punto crítico para garantizar una atención de calidad, generando además un uso elevado y frecuente del sistema hospitalario (1).

Sin embargo, la realidad asistencial pone de manifiesto que la atención urgente a pacientes paliativos continúa careciendo de protocolos que contribuyan a mejorarla y, en ocasiones, resulta desalineada con los principios fundamentales de los cuidados paliativos. La ausencia de herramientas que favorezcan una atención estructurada puede dar lugar a situaciones desproporcionadas, retrasos en la toma de decisiones o prácticas alejadas de los deseos del paciente, generando así sufrimiento evitable y un uso ineficiente de los recursos (2, 3).

Frente a esta situación, diversos estudios han manifestado que la implantación de algoritmos clínicos o circuitos de identificación precoz puede mejorar de manera significativa la atención que reciben estos pacientes en urgencias, reduciendo la estancia media hospitalaria, el uso de pruebas clínicas y las intervenciones agresivas, y facilitando la integración temprana con equipos especializados en cuidados paliativos (1, 4).

La evidencia científica también señala que el desarrollo de algoritmos y modelos que ayuden en la valoración y en la toma de decisiones permite orientar al profesional en escenarios de alta presión como son las urgencias, asegurando actuaciones más coherentes con las necesidades reales del paciente y con una visión centrada en el confort, la proporcionalidad terapéutica y los objetivos del cuidado (3, 5).

A pesar de estos avances, en muchos servicios de urgencias hospitalarias aún se carece de protocolos estandarizados que guíen de manera clara y eficiente la atención al paciente paliativo (1).

Diversos estudios han resaltado el papel clave de la toma de decisiones al final de la vida. En pacientes con enfermedades avanzadas se ha demostrado que la calidad de la atención depende en gran medida de que las decisiones sean acordes con los

objetivos terapéuticos, siendo fundamental evitar tratamientos fútiles y priorizar el confort y la proporcionalidad clínica (1).

Del mismo modo, investigaciones recientes en pacientes con tumores cerebrales malignos han mostrado que las decisiones paliativas adecuadas reducen significativamente la utilización de servicios hospitalarios innecesarios, mejoran la planificación del final de la vida y favorecen una atención más coherente con las preferencias del paciente (4).

La importancia de la planificación anticipada de cuidados (Advance Care Planning, ACP) también aparece de forma transversal en la literatura. Estudios a gran escala han demostrado que la existencia de voluntades anticipadas, decisiones previamente discutidas y directrices claras mejora la coherencia de la atención en crisis clínicas, facilita la toma de decisiones y reduce intervenciones innecesarias (5).

En este contexto, surge el interés de profundizar en la literatura existente para comprender cómo se está abordando actualmente este desafío y qué propuestas han mostrado resultados positivos. Este Trabajo de Fin de Grado realiza una revisión bibliográfica sobre la atención del paciente paliativo en urgencias, así como sobre los modelos de atención y herramientas de detección desarrollados en este ámbito.

Justificación

En el contexto hospitalario de urgencias, los pacientes en situación paliativa representan un desafío clínico significativo ya que son un tipo de paciente que requiere una valoración rápida que contemple no solo la intervención aguda, sino también la necesidad de los cuidados paliativos, evitando la obstinación terapéutica y favoreciendo un enfoque centrado en el confort, los objetivos individuales de cada paciente y de su enfermedad y también promover siempre una decisión terapéutica adecuada y proporcionada a cada situación.

Estudios recientes muestran que es posible implementar algoritmos clínicos en el servicio de urgencias para identificar precozmente a estos pacientes y activar la consulta a los servicios especializados en los cuidados paliativos, obteniendo mejores resultados en indicadores como la estancia hospitalaria, la utilización de intervenciones agresivas y el coste del cuidado. Por ejemplo, el pilotaje de un algoritmo en urgencias redujo la estancia media en más de 6 días y disminuyó de forma significativa la frecuencia de cirugías y pruebas radiológicas (6).

Asimismo, otro trabajo desarrolló un algoritmo específico de identificación y manejo de pacientes en fase terminal en urgencias, estableciendo circuitos de actuación que fuesen acorde con las distintas etapas que pueden existir dentro del proceso paliativo (7).

Por otro lado, la proliferación de modelos automatizados de predicción en el ámbito de los cuidados paliativos indica que el soporte a la decisión clínica puede verse beneficiado gracias a las herramientas tecnológicas y a los algoritmos que pueden permitir la identificación de pacientes de alto riesgo, favoreciendo que se aborden tempranamente las discusiones de objetivos de cuidado y planificación del tratamiento acordes con cada situación vital (8).

Cabe mencionar que la falta de un algoritmo que sea específico para la atención de personas en proceso paliativo en urgencias puede estar generando intervenciones poco adecuadas y retrasos en la toma de decisiones que puedan estar derivando en una menor calidad asistencial. El desarrollo de un algoritmo que ayude en la orientación, la valoración rápida, los objetivos terapéuticos y la integración con cuidados paliativos podría permitir ofrecer una atención más coherente con las necesidades de los pacientes que podría ayudar a mejorar su experiencia en el entorno hospitalario y optimizar los recursos disponibles (9).

En este contexto, surge la necesidad de mejorar la calidad asistencial en pacientes paliativos atendidos en urgencias mediante una atención más adecuada, segura y humanizada. Por ello, este trabajo se plantea como una revisión bibliográfica orientada a analizar la evidencia existente sobre la atención paliativa en este ámbito. Se justifica por la necesidad de mejorar la atención clínica y la toma de decisiones de estas personas.

Interés personal por la temática

La elección de este tema surge de que se ha reconocido la complejidad emocional, médica y humanitaria que conllevan las enfermedades avanzadas, así como de la necesidad de mejorar la atención que se ofrece a los pacientes paliativos en los servicios de urgencias. La experiencia clínica demuestra que, en las situaciones que se dan al final de vida, es fundamental disponer de guías claras y herramientas que faciliten que la toma de decisiones sea ágil, segura y centrada en la persona.

2. Objetivos y pregunta PICO

Objetivos

General
Analizar las pautas de actuación sanitaria en la atención del paciente paliativo en el servicio de urgencias hospitalarias.
Específicos
Describir las características y necesidades asistenciales del paciente paliativo que acude al servicio de urgencias hospitalarias.
Examinar los modelos, estrategias y algoritmos existentes para la identificación y el manejo de pacientes paliativos en urgencias.
Analizar la relación entre el uso de modelos, estrategias y algoritmos clínicos en la calidad asistencial, la toma de decisiones y el uso de recursos sanitarios en urgencias.
Identificar las principales herramientas de cribado utilizadas en el servicio de urgencias para identificar necesidades paliativas en pacientes paliativos.

Pregunta PICO

En pacientes con necesidades paliativas atendidos en urgencias hospitalarias, ¿la identificación precoz mediante herramientas estructuradas se asocia a una mayor adecuación terapéutica en comparación con la atención habitual sin el uso de dichas herramientas?

P: Pacientes con necesidades paliativas atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias.

I: Identificación precoz de necesidades paliativas mediante herramientas estructuradas.

C: Atención habitual en urgencias sin el uso de herramientas estructuradas de identificación.

O: Adecuación de tratamientos, reducción de intervenciones agresivas y mayor derivación a cuidados paliativos.

3. Marco teórico

Problemas actuales de la atención en urgencias hospitalarias al paciente paliativo

La atención al paciente con necesidades paliativas en los servicios de urgencias hospitalarios constituye un desafío dentro de los sistemas sanitarios actuales. El incremento de la esperanza de vida y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas avanzadas han favorecido un aumento progresivo de estos pacientes en urgencias, un entorno asistencial diseñado principalmente para el manejo de patologías agudas y potencialmente reversibles (1,3).

Los pacientes en situación paliativa presentan con frecuencia crisis sintomáticas como dolor refractario, disnea, fiebre, náuseas, vómitos o delirium que requieren atención inmediata, lo que convierte a los servicios de urgencias en un punto clave dentro del proceso asistencial. Sin embargo, existe una discordancia entre el modelo asistencial propio de urgencias y las necesidades del enfoque paliativo. Mientras que la medicina urgente se orienta a la estabilización rápida y a la búsqueda de la reversibilidad clínica, los cuidados paliativos priorizan el control de síntomas, el confort y la proporcionalidad terapéutica (1, 3, 9).

Esta diferencia puede favorecer la realización de intervenciones diagnósticas o terapéuticas agresivas que no siempre aportan beneficio clínico al paciente y que, en algunos casos, pueden generar sufrimiento evitable. Asimismo, los profesionales de urgencias con frecuencia carecen de información clínica previa relevante, como la existencia de planificación anticipada de cuidados o decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico, lo que dificulta la toma de decisiones en situaciones de alta presión asistencial (2, 3, 5).

Otro problema relevante es la ausencia de protocolos específicos que permitan identificar de forma precoz a pacientes con necesidades paliativas. Esta situación genera una elevada variabilidad en la práctica clínica, retrasando la activación de equipos especializados en cuidados paliativos y dificultando una atención centrada en el confort del paciente (6, 7).

En conjunto, la literatura evidencia que la atención actual al paciente paliativo en urgencias presenta limitaciones estructurales y organizativas que justifican el desarrollo de herramientas que permitan mejorar la identificación precoz y la toma de decisiones clínicas (1, 6, 9).

Procedencia y perfil del paciente paliativo en urgencias hospitalarias

El estudio del Registro MORCAT, realizado en once servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña, permite describir las características de los pacientes paliativos atendidos en este contexto. En dicho estudio se incluyeron 323 pacientes que recibieron sedación paliativa en urgencias, con una edad media de 84 años y una distribución de género equilibrada entre hombres y mujeres (4).

En cuanto a la procedencia de los pacientes, la mayoría acudían desde su domicilio habitual (57,2%), seguidos por pacientes procedentes de residencias geriátricas (26%) y centros sociosanitarios (13,3%). Solo un pequeño porcentaje procedía de otros hospitales o dispositivos asistenciales. Estos datos evidencian que la mayoría de los pacientes paliativos acceden al servicio de urgencias desde ámbitos no especializados en cuidados paliativos (4).

En pacientes en situación paliativa, aproximadamente el 30,2% requiere atención en servicios de urgencias en un periodo de nueve meses (11).

Según la Memòria de UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria) de Cures Paliatives del Consorci Sanitari Alt Penedès Garraf en el año 2023 los ingresos a Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) desde el servicio de urgencias fue de 49.8%. Este dato evidencia que muchos pacientes con necesidades paliativas acceden al sistema sanitario en fases avanzadas de su enfermedad o en situaciones de descompensación clínica, lo que favorece que urgencias actúe como principal puerta de entrada. Esta tendencia pone de manifiesto que, debido al reiterado uso del servicio de urgencias por parte de los pacientes paliativos, es conveniente la continua mejora de este servicio y la adaptación al tipo de necesidades (12).

Respecto a la clasificación clínica, un 39,3% de los pacientes eran considerados crónicos complejos (PCC) y un 14,6% cumplían criterios de enfermedad crónica avanzada (MACA). Sin embargo, únicamente un 12,6% contaba con seguimiento domiciliario por equipos PADES y un 11,7% estaba atendido por unidades especializadas de cuidados paliativos (4).

Los diagnósticos principales observados en estos pacientes fueron patologías cardiovasculares (26,9%), neurológicas (27,8%) y respiratorias (20,4%), mientras que los procesos oncológicos representaron el 14,8% de los casos. Estos resultados ponen de manifiesto que los pacientes paliativos atendidos en urgencias no son

exclusivamente oncológicos, sino que incluyen un amplio grupo de enfermedades crónicas avanzadas (4).

Además, se observó que en el 72% de los pacientes constaba una orden de no reanimación en la historia clínica, aunque el 94% no disponía de Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), lo que refleja una escasa formalización de la planificación anticipada de cuidados (4).

Enfermedades más prevalentes en el final de la vida

Las enfermedades limitantes de la vida constituyen la base clínica que da lugar a la necesidad de cuidados paliativos. Estas patologías se caracterizan por presentar un curso progresivo, irreversible y generalmente degenerativo, que conduce a un deterioro funcional significativo, una elevada carga sintomática y una progresiva pérdida de autonomía del paciente. A medida que la enfermedad avanza, las necesidades asistenciales se vuelven más complejas, requiriendo un abordaje centrado no solo en el tratamiento de la patología de base, sino también en el control de síntomas, el confort y la mejora de la calidad de vida (13).

Entre las enfermedades más prevalentes en el contexto paliativo se encuentran los procesos oncológicos, que continúan representando una proporción importante de los pacientes en fases avanzadas de enfermedad. En España, tumor colorrectal, de mama, próstata y pulmón se sitúan entre los más frecuentes tanto en incidencia como en mortalidad. Se estima que más del 60% de las personas que requieren cuidados paliativos presentan una patología oncológica, especialmente en estadios avanzados donde la enfermedad genera síntomas complejos y una importante repercusión en la calidad de vida del paciente (14).

No obstante, en los últimos años se ha reconocido que un número creciente de pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas también presentan necesidades paliativas. Estas patologías suelen tener una evolución prolongada y fluctuante, con episodios de descompensación que pueden requerir atención urgente. Entre ellas destaca la insuficiencia cardíaca avanzada, un síndrome clínico progresivo caracterizado por la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado. En fases avanzadas, especialmente en pacientes con clase funcional IV de la New York Heart Association (NYHA) y fracción de eyección severamente reducida, los síntomas como disnea, fatiga, edema o intolerancia al esfuerzo generan un importante deterioro funcional y una elevada carga asistencial (15, 16).

La insuficiencia respiratoria crónica también constituye una causa frecuente de necesidades paliativas, especialmente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) avanzada. En estas fases de la enfermedad es habitual la aparición de disnea persistente, hipoxemia, hipercapnia y exacerbaciones recurrentes que pueden desencadenar episodios de descompensación clínica y requerir atención en los servicios de urgencias hospitalarios. Estas situaciones generan un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y aumentan la complejidad del manejo clínico (16, 17).

Las enfermedades neurodegenerativas representan otro grupo relevante dentro de las patologías que pueden evolucionar hacia situaciones de final de vida. Entre ellas destacan la demencia y la enfermedad de Alzheimer, que se caracterizan por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas, conductuales y funcionales. En las fases avanzadas de estas enfermedades, los pacientes suelen presentar dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, pérdida de la comunicación verbal significativa y una elevada vulnerabilidad frente a complicaciones médicas como infecciones, aspiraciones o desnutrición (16, 18).

Asimismo, existen otras patologías que pueden evolucionar hacia fases avanzadas en las que el enfoque paliativo resulta fundamental. Entre ellas se incluyen el ictus grave con secuelas neurológicas severas, la insuficiencia renal avanzada y la insuficiencia hepática terminal. Estas enfermedades suelen asociarse a un deterioro funcional progresivo, múltiples complicaciones clínicas y una elevada carga sintomática que afecta tanto al paciente como a su entorno familiar (16, 19, 20, 21).

Por último, determinadas enfermedades neurológicas progresivas, como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o la enfermedad de Huntington, también generan necesidades paliativas significativas en sus fases avanzadas. En estos casos, los pacientes experimentan una pérdida progresiva de la movilidad, dificultades respiratorias, problemas de deglución y una creciente dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, lo que justifica la integración de un enfoque paliativo centrado en el control de síntomas, el acompañamiento y la planificación anticipada de cuidados (22, 23).

Síntomas prevalentes en el paciente paliativo en un servicio de urgencias

Los pacientes con enfermedades avanzadas presentan una elevada carga sintomática derivada de la progresión de su patología, lo que constituye una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios. En este contexto, el

control sintomático se considera un elemento fundamental dentro del enfoque paliativo, ya que influye directamente en el confort y la calidad de vida del paciente (10).

Diversos estudios han analizado los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes paliativos en los servicios de urgencias. Entre ellos, destacan principalmente la disnea, el dolor y la fiebre como los síntomas más habituales que motivan la asistencia urgente. Estos síntomas suelen aparecer en el contexto de descompensaciones clínicas asociadas a la evolución de la enfermedad avanzada, infecciones intercurrentes o complicaciones derivadas del tratamiento (11).

Se estima que aproximadamente el 30,2% de los pacientes en situación paliativa requieren atención en el servicio de urgencias debido a la aparición de síntomas agudos o descompensaciones clínicas relacionadas con la progresión de la enfermedad (11).

Asimismo, diferentes investigaciones han evidenciado que la presentación sintomática puede variar según la patología de base del paciente. Un estudio realizado en la Universidad de Turín observó que en pacientes con enfermedades oncológicas el síntoma predominante en la consulta urgente era la fatiga, mientras que en pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas el síntoma más frecuente era la disnea, lo que refleja la diversidad clínica de este grupo de pacientes (24).

Entre los síntomas más relevantes está la disnea, definida como una sensación subjetiva de dificultad respiratoria descrita por los pacientes como “falta de aire”. En el contexto de los cuidados paliativos se trata de uno de los síntomas más frecuentes y angustiosos, especialmente en enfermedades respiratorias, cardiovasculares u oncológicas avanzadas. Su intensidad puede aumentar a medida que progresa la enfermedad, llegando incluso a aparecer en reposo en las fases finales de la vida (25).

El dolor constituye también uno de los síntomas más prevalentes en pacientes paliativos. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Esta definición resalta el carácter subjetivo y multidimensional del dolor, ya que no depende únicamente de la presencia de una lesión física, sino también de factores emocionales, psicológicos y sociales. En el contexto de los cuidados paliativos, el dolor puede originarse por la propia enfermedad, por los tratamientos recibidos o por complicaciones asociadas a otras patologías, lo que puede afectar de manera significativa al bienestar físico y emocional del paciente (26, 27).

La base de un buen manejo del dolor es realizar una valoración completa del mismo. Las herramientas más utilizadas son las siguientes:

- Escala Visual Analógica (EVA): en una línea de 10 cm donde el paciente marca la intensidad de su dolor desde 0 (nada) a 10 (dolor inimaginable). Permite medir de forma rápida y sencilla la percepción subjetiva del dolor (Anexo 1) (28).
- PAINAD: es una herramienta observacional utilizada para valorar el dolor en pacientes con demencia avanzada que no pueden comunicarse verbalmente (Anexo 2) (29).

Otro motivo frecuente de consulta en urgencias es el deterioro del estado general, que engloba un conjunto de manifestaciones clínicas como debilidad, pérdida de fuerza, disminución de la ingesta oral, fatiga y reducción de la capacidad funcional. Este deterioro puede valorarse mediante escalas como el ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (Anexo 3), que permite medir el grado de afectación funcional del paciente. Este síntoma suele reflejar un empeoramiento global del estado clínico y, en muchas ocasiones, se asocia a la progresión de la enfermedad avanzada o a la aparición de complicaciones intercurrentes (30, 31).

Por último, síntomas como náuseas y vómitos también son frecuentes en pacientes con enfermedades avanzadas y pueden tener múltiples causas, entre ellas efectos adversos farmacológicos, alteraciones metabólicas, obstrucciones gastrointestinales o afectación neurológica. Estos síntomas generan un importante malestar físico y emocional y pueden afectar significativamente a la calidad de vida del paciente, por lo que su manejo adecuado constituye un elemento esencial dentro del enfoque paliativo (32).

En conjunto, la elevada carga sintomática de los pacientes paliativos que acuden a urgencias pone de manifiesto la necesidad de una valoración clínica específica y de estrategias asistenciales que permitan un abordaje rápido, adecuado y centrado en el control del sufrimiento del paciente.

Los servicios de urgencias hospitalarios constituyen una unidad asistencial fundamental dentro del sistema sanitario, destinada a la atención inmediata de pacientes que presentan problemas de salud agudos o situaciones clínicas que requieren una valoración y tratamiento urgente. Estos servicios se caracterizan por ofrecer atención sanitaria continua durante las 24 horas del día, los 365 días del año, garantizando una respuesta rápida ante situaciones que pueden comprometer la vida, la funcionalidad o el bienestar del paciente (33).

El servicio de urgencias actúa además como una de las principales puertas de entrada al sistema hospitalario, ya que permite realizar una primera valoración clínica, estabilizar al paciente y determinar el destino asistencial más adecuado, que puede incluir la alta domiciliaria, el ingreso hospitalario o la derivación a otros recursos asistenciales (33).

En este contexto de elevada presión asistencial, toma de decisiones rápida y gran variabilidad clínica, resulta especialmente importante disponer de herramientas que ayuden a guiar la práctica clínica y mejorar la calidad de la atención.

Algoritmos en el servicio de urgencias hospitalario

Un algoritmo clínico puede definirse como una herramienta estructurada de apoyo a la toma de decisiones que organiza de manera secuencial una serie de pasos diagnósticos o terapéuticos basados en la evidencia científica y en criterios clínicos previamente establecidos. Estos algoritmos suelen representarse mediante diagramas de flujo que permiten orientar al profesional sanitario durante el proceso asistencial (6, 8).

El objetivo principal de los algoritmos clínicos es facilitar la toma de decisiones en situaciones complejas, ayudando a los profesionales a identificar de forma sistemática los problemas de salud, valorar las diferentes opciones terapéuticas y seleccionar las intervenciones más adecuadas según la situación clínica del paciente. Además, su utilización contribuye a reducir la variabilidad en la práctica clínica, mejorar la seguridad del paciente y favorecer una atención más homogénea basada en la evidencia científica (6).

En el ámbito de los cuidados paliativos, los algoritmos pueden integrar diferentes variables clínicas, funcionales y pronósticas que permiten identificar pacientes con necesidades complejas y orientar las decisiones terapéuticas hacia objetivos centrados en el control de síntomas, la calidad de vida y la proporcionalidad terapéutica (6, 7).

En los servicios de urgencias hospitalarios, la elevada presión asistencial y la necesidad de tomar decisiones en un corto periodo de tiempo pueden dificultar la valoración completa de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o necesidades paliativas. En este contexto, los algoritmos y protocolos clínicos se convierten en herramientas especialmente útiles para guiar la práctica asistencial (3, 5).

El uso de algoritmos en urgencias permite estructurar el proceso de valoración clínica, facilitando la identificación de pacientes con mayor complejidad o con necesidades específicas de atención. Asimismo, contribuyen a orientar las decisiones diagnósticas y

terapéuticas, permitiendo priorizar intervenciones adecuadas y evitar procedimientos innecesarios o desproporcionados (6, 7).

Diversos estudios han demostrado que la implementación de algoritmos clínicos en los servicios de urgencias puede mejorar diferentes indicadores asistenciales, como la reducción de intervenciones invasivas innecesarias, la disminución de la estancia hospitalaria y una mayor derivación a equipos especializados en cuidados paliativos. De esta forma, los algoritmos favorecen una atención más organizada, eficiente y centrada en las necesidades reales del paciente (6).

En el caso de los pacientes con necesidades paliativas, estas herramientas resultan especialmente relevantes, ya que permiten reconocer de forma precoz situaciones de enfermedad avanzada o final de vida, facilitando la adecuación del esfuerzo terapéutico y promoviendo intervenciones centradas en el confort y el bienestar del paciente.

Detección precoz del paciente paliativo a través de un algoritmo

La identificación precoz de pacientes con necesidades paliativas constituye un elemento fundamental para mejorar la calidad de la atención sanitaria y garantizar que las intervenciones terapéuticas sean acordes con la situación clínica y los objetivos de cuidado del paciente. En muchos casos, los pacientes con enfermedades avanzadas acceden al sistema sanitario a través de los servicios de urgencias hospitalarios, especialmente durante episodios de descompensación clínica o aparición de síntomas intensos. Esta situación convierte a urgencias en un punto clave para detectar de forma temprana a pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo (6, 8).

Sin embargo, la identificación de estos pacientes puede resultar compleja debido a la elevada presión asistencial, la falta de información clínica previa o la variabilidad en la evolución de las enfermedades crónicas avanzadas. En este contexto, los algoritmos clínicos y las herramientas estructuradas de cribado pueden facilitar la detección precoz de necesidades paliativas, permitiendo orientar la toma de decisiones y activar la participación de equipos especializados cuando sea necesario (6, 7).

La utilización de algoritmos en urgencias permite integrar diferentes variables clínicas, funcionales y pronósticas, contribuyendo a reconocer de forma sistemática a pacientes con enfermedad avanzada y pronóstico limitado. De esta manera, se favorece una atención más adecuada, centrada en el control de síntomas, el confort y la adecuación del esfuerzo terapéutico (6, 8).

En los últimos años se han desarrollado diversas herramientas y algoritmos clínicos orientados a facilitar la identificación de pacientes con necesidades paliativas en diferentes entornos asistenciales, incluyendo los servicios de urgencias hospitalarios. Estas herramientas permiten detectar de forma estructurada situaciones de enfermedad avanzada y orientar el manejo clínico hacia un enfoque paliativo cuando resulta apropiado.

Entre los instrumentos más utilizados se encuentra la herramienta NECPAL CCOMS-ICO (Anexo 4), ampliamente empleada en Cataluña para la identificación precoz de personas con cronicidad avanzada y necesidades paliativas. Este instrumento se basa en la denominada “pregunta sorpresa”: ¿Le sorprendería que este paciente falleciera en los próximos 12 meses?. Cuando la respuesta es negativa, se evalúan diferentes indicadores clínicos y funcionales relacionados con el deterioro progresivo del paciente, la presencia de multimorbilidad, la pérdida funcional o nutricional y el uso frecuente de recursos sanitarios (34).

Otra herramienta relevante es P-CaRES (Palliative Care and Rapid Emergency Screening) (Anexo 5), diseñada para facilitar la detección rápida de pacientes con enfermedades limitantes de la vida en el entorno hospitalario, especialmente en urgencias. Este instrumento se estructura en dos fases: en la primera se identifica la presencia de enfermedad limitante de la vida y en la segunda se valoran indicadores de necesidades paliativas no cubiertas, como hospitalizaciones frecuentes, deterioro funcional progresivo, síntomas persistentes o ausencia de planificación anticipada de cuidados (35).

Asimismo, la herramienta SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) (Anexo 6) permite identificar pacientes con enfermedades crónicas avanzadas mediante indicadores generales de deterioro clínico y criterios específicos asociados a diferentes patologías. Su objetivo principal es facilitar la identificación temprana de pacientes que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo y promover la planificación anticipada de la atención (36).

La integración de estas herramientas dentro de algoritmos clínicos en el servicio de urgencias puede facilitar una identificación más temprana de pacientes con necesidades paliativas, permitiendo orientar las decisiones clínicas hacia intervenciones proporcionales y centradas en el bienestar del paciente.

Planificación anticipada de cuidados

La planificación anticipada de cuidados constituye un proceso de comunicación y toma de decisiones compartidas mediante el cual el paciente, junto con los profesionales sanitarios y sus familiares, expresa sus preferencias, valores y objetivos en relación con los cuidados y tratamientos que desea recibir en el futuro, especialmente en situaciones de enfermedad avanzada o final de vida (5).

Este proceso permite anticipar posibles escenarios clínicos y establecer de forma consensuada las decisiones terapéuticas que deberán adoptarse en caso de deterioro clínico o incapacidad del paciente para expresar su voluntad. La planificación anticipada facilita que las intervenciones médicas se ajusten a los deseos del paciente y evita la realización de tratamientos desproporcionados o fútiles (5).

Diversos estudios han demostrado que la existencia de planificación anticipada de cuidados mejora la coherencia de la atención sanitaria, facilita la toma de decisiones en situaciones críticas y reduce la realización de intervenciones invasivas innecesarias, favoreciendo una atención más centrada en el confort y la calidad de vida del paciente (5).

Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) es un instrumento legal mediante el cual una persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades, deja constancia por escrito de sus deseos y preferencias respecto a los cuidados y tratamientos que desea recibir o rechazar en situaciones en las que no pueda expresar su voluntad de manera autónoma (4).

Este documento permite que las decisiones sanitarias respeten los valores y preferencias del paciente incluso cuando este no pueda participar activamente en el proceso de toma de decisiones. En el ámbito de los cuidados paliativos, el DVA adquiere especial relevancia, ya que facilita la adecuación del esfuerzo terapéutico y promueve intervenciones coherentes con los objetivos de cuidado previamente expresados por el paciente (4).

A pesar de su importancia, diversos estudios han señalado que la disponibilidad de este documento sigue siendo limitada en la práctica clínica. En muchos casos, los pacientes que acuden a urgencias en situaciones de enfermedad avanzada no disponen de un DVA registrado, lo que dificulta la toma de decisiones clínicas acordes con sus preferencias (4).

Plan de intervenciones compartidas

El plan de intervenciones compartidas constituye un proceso deliberativo entre el paciente, su familia y los profesionales sanitarios mediante el cual se establecen de forma consensuada los objetivos terapéuticos y las actuaciones clínicas deseadas ante posibles situaciones futuras de deterioro clínico. Este enfoque promueve una toma de decisiones centrada en la persona y basada en sus valores, preferencias y expectativas respecto a la atención sanitaria (37).

En el contexto de pacientes con enfermedades avanzadas, este tipo de planificación permite anticipar decisiones complejas relacionadas con limitación del esfuerzo terapéutico, manejo sintomático o lugar de atención preferente. La literatura señala que los planes compartidos mejoran la coherencia entre los cuidados recibidos y los deseos del paciente, además de reducir intervenciones agresivas innecesarias al final de la vida (37).

4. Metodología

Tipo y muestra de estudio

Para la consecución de los objetivos planteados para este trabajo se ha considerado un estudio de revisión bibliográfica, que se ha abarcado durante el periodo de octubre de 2025 a mayo de 2026, de las bases de datos: Pubmed, Cinahl y Scopus.

Para la identificación de los estudios se utilizaron palabras clave relacionadas con el tema de investigación, tanto en inglés como en español, con el fin de ampliar la recuperación de literatura científica.

Las palabras clave utilizadas se definieron a partir de los principales conceptos del estudio y se obtuvieron mediante los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), como se muestra en la tabla a continuación.

Palabra clave	DeCS	MeSh
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos	Palliative Care
Atención al final de la vida	Atención al final de la vida	Terminal Care
Toma de decisiones clínicas	Toma de decisiones clínicas	Clinical Decision Making
Servicios de urgencias	Servicio de urgencias hospitalarias	Emergency Service,hospital
Departamento de urgencias	Departamento de de emergencias	Emergency Department
Enfermedad avanzada	Enfermedad avanzada	Advanced Disease
Manejo de síntomas	Manejo de síntomas	Symptom Management
Planificación anticipada de cuidados	Planificación Anticipada de la atención	Advance Care Planning
Atención al final de la vida	Atención al final de la vida	End-of-life Care

Estos términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR) para estructurar la estrategia de búsqueda y obtener resultados más precisos. Un ejemplo de ecuación de búsqueda utilizada fue:

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Filtros aplicados	Resultados obtenidos
PUBMED	("palliative care" OR "palliative emergencies") AND ("terminal care" OR "end-of-life care") AND ("emergency department" OR "emergency service")	2016-2026, free full text, Adults: 18+ years, inglés/español.	147
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY("palliative care" OR "palliative emergencies") AND TITLE-ABS-KEY("terminal care" OR "end-of-life care") AND TITLE-ABS-KEY("emergency department" OR "emergency departments" OR "emergency service" OR "emergency services")	2016-2026, free full text, inglés/español.	225
CINAHL	("palliative care" OR "palliative emergencies") AND ("terminal care" OR "end-of-life care") AND ("emergency department" OR "emergency service")	2016-2026, texto completo, All adult, inglés/español.	144

Tabla 2. Estrategias de búsqueda según base de datos. Elaboración propia.

Se seleccionaron artículos relacionados con la integración de los cuidados paliativos en los servicios de urgencias y la atención a pacientes con enfermedades avanzadas.

La búsqueda se realizó principalmente en inglés, considerado el idioma predominante en la literatura científica, aunque también se incluyeron estudios en castellano.

Criterios de inclusión y exclusión

- Se incluyeron documentos que cumplieran los siguientes criterios:
- Artículos que traten sobre pacientes paliativos oncológicos.
- Artículos originales, estudios observacionales, ensayos clínicos, informes técnicos o guías clínicas relacionadas libres de pago, o de pago pedidos directamente del autor, hecho en humanos, escritas en castellano, catalán o inglés.
- Publicación entre 2016 y 2026.
- Estudios realizados en población adulta.

Se excluyeron de nuestra búsqueda:

- Documentos no relacionados directamente con cuidados o urgencias paliativas.
- Revisiones bibliográficas utilizadas como fuente primaria (solo se usaron para detectar artículos originales, no como evidencia directa).
- Estudios que traten de urgencias paliativas que se llevan a cabo en hospitales paliativos.

Método de selección

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda inicial en las bases de datos, aplicando la ecuación de búsqueda previamente definida. Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, así como filtros relacionados con el idioma, el periodo de publicación y la disponibilidad del texto completo.

Identificación de estudios a través de bases de datos y registros

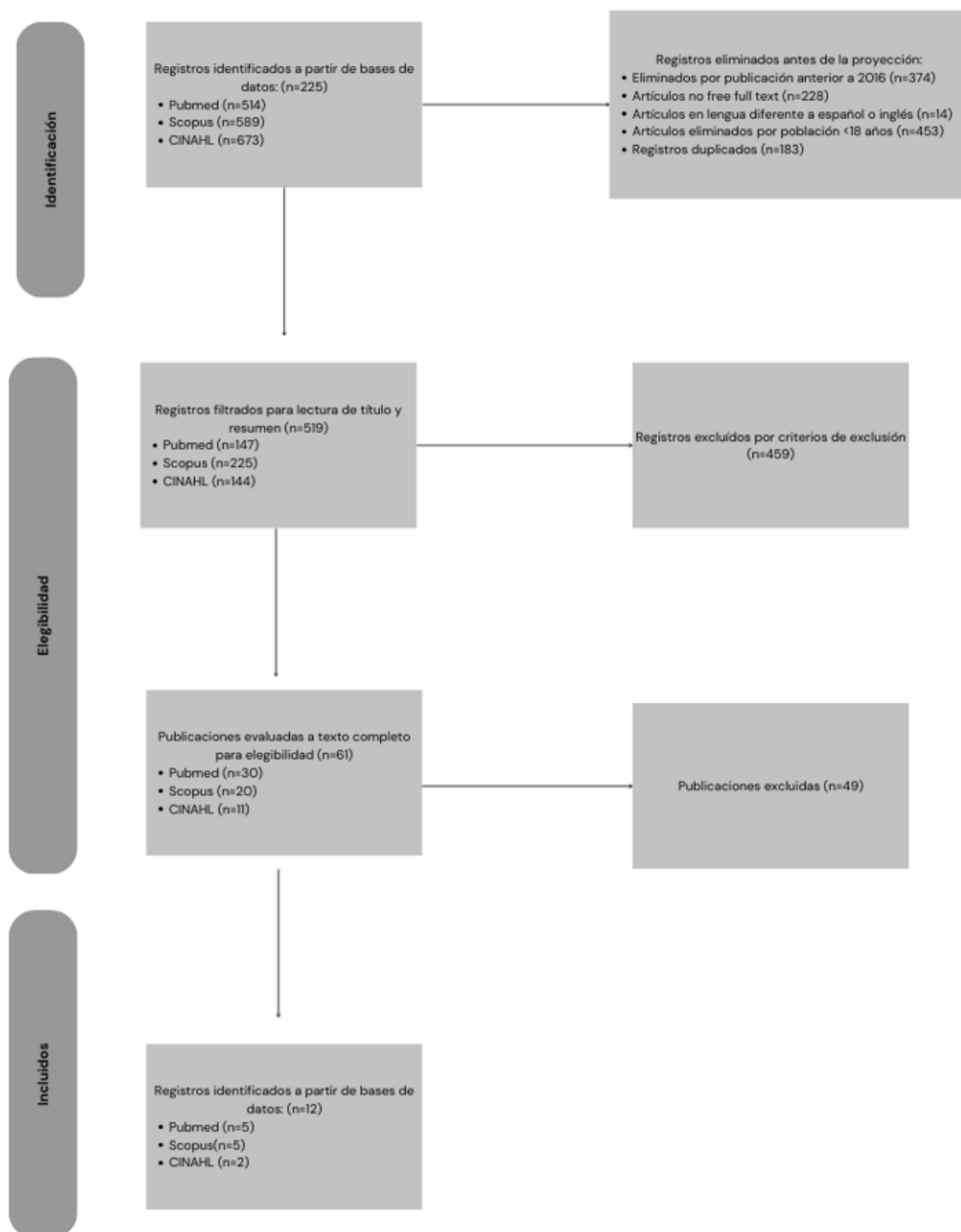


Figura. 1 Diagrama de flujo prisma 2020

Fuente: elaboración propia.

5. Resultados

Descripción de los estudios incluidos en la revisión

En la presente revisión bibliográfica se incluyeron un conjunto de estudios que analizan la atención a pacientes con necesidades paliativas en el contexto del servicio de urgencias hospitalarias. Los artículos seleccionados (Anexo 7), abordan esta temática desde diferentes perspectivas metodológicas, lo que permite obtener una visión amplia y complementaria del fenómeno estudiado.

La mayoría de los trabajos incluidos corresponden a estudios observacionales, tanto de tipo retrospectivo como prospectivo, que describen las características clínicas de los pacientes paliativos atendidos en urgencias, los motivos de consulta más frecuentes, el uso de recursos sanitarios y el destino tras la atención urgente. Asimismo, se identificaron estudios cualitativos, centrados en explorar las experiencias y percepciones de pacientes, familiares y profesionales sanitarios respecto a la atención paliativa en el entorno de urgencias.

También se incluyeron estudios que evalúan la utilidad de herramientas de cribado e identificación precoz de necesidades paliativas, como la Pregunta Sorpresa y escalas de estado funcional, así como investigaciones que analizan el impacto de la integración de los cuidados paliativos en la toma de decisiones clínicas, especialmente en relación con la adecuación terapéutica, la planificación anticipada de cuidados y las decisiones al final de la vida.

En cuanto a la población estudiada, los artículos analizados incluyen principalmente pacientes adultos y personas de edad avanzada, con enfermedades avanzadas tanto oncológicas como no oncológicas, atendidos en servicios de urgencias hospitalarios de diferentes países. Los contextos asistenciales y los sistemas sanitarios descritos son diversos, lo que aporta una visión heterogénea y enriquecedora sobre la atención paliativa en urgencias.

Esta diversidad metodológica y temática permite estructurar los resultados en distintos apartados que abordan el perfil del paciente paliativo atendido en urgencias, los motivos de consulta y la carga sintomática, la identificación precoz de necesidades paliativas y el impacto de la integración de los cuidados paliativos en la toma de decisiones clínicas.

Perfil del paciente paliativo atendido en urgencias

El estudio de Dos Santos et al., los pacientes que recibían cuidados paliativos en el servicio de y urgencias eran con mayor frecuencia personas mayores de 80 años, presentaban más comorbilidades y eran ingresados con mayor frecuencia en servicios de medicina interna (38).

En la misma línea, el artículo de Chang et al., encontró que los pacientes que recibieron atención de cuidados paliativos en el servicio de urgencias presentaban con mayor frecuencia cáncer avanzado, fragilidad grave, mayor deterioro funcional y mayor malestar biopsicosocial que aquellos atendidos con la atención habitual. Además, este grupo también mostró una mayor mortalidad hospitalaria, lo que refuerza la idea de que son pacientes especialmente vulnerables (41).

Respecto al uso que se hace de urgencias el estudio de Taylor et al. Registró 1.395 visitas a urgencias en pacientes ya conocidos por servicios de paliativos, observando que el 70,6% acudió al menos una vez en un periodo de dos años. En este trabajo, el 83,8% de los pacientes llegó en ambulancia y el 15,6% acudió por iniciativa propia (40).

De forma complementaria, el estudio de Verhoef et al. mostró que el 34 % de los pacientes con cáncer avanzado acudió por iniciativa propia o familiar, y que más de la mitad de las visitas ocurrieron fuera del horario habitual. Estos datos reflejan que el servicio de urgencias constituye una puerta de entrada frecuente al sistema sanitario en pacientes con enfermedad avanzada, muchas veces en contextos de crisis o descompensación (42).

Además, el artículo de Engeleit et al. identificó que el 25,7 % de los pacientes atendidos en urgencias presentaba al menos una enfermedad limitante para la vida. Entre estas, las más frecuentes fueron las enfermedades oncológicas, la insuficiencia cardiaca avanzada y las enfermedades neurológicas o la demencia (44).

En relación con el destino tras la atención urgente, Taylor et al. observaron que el 75,1 % de las visitas finalizaron en ingreso hospitalario, mientras que el 22,8 % recibió alta y el 2,1 % fue trasladado o falleció en urgencias. Del mismo modo, Verhoef et al. encontraron que el 76 % de los pacientes con cáncer avanzado fue ingresado tras la visita a urgencias, lo que evidencia una elevada utilización de recursos hospitalarios por parte de esta población (40, 42).

La mayoría de los pacientes paliativos atendidos en urgencias presentan patología oncológica, seguida de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. No obstante, un

porcentaje relevante corresponde a patologías no oncológicas, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad de este grupo de pacientes (44).

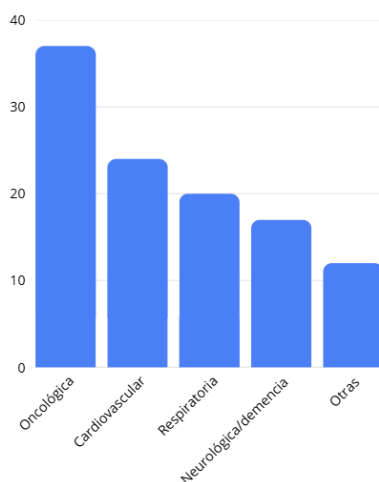


Figura. 2 Distribución aproximada de las patologías en pacientes paliativos atendidos en urgencias

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la revisión (44).

Motivos de consulta y carga sintomática en el servicio de urgencias

La literatura revisada pone de manifiesto que los pacientes paliativos atendidos en urgencias presentan una elevada carga sintomática, siendo el control de síntomas uno de los principales motivos de consulta. En el artículo de Verhoef et al., los síntomas más frecuentes fueron la disnea (21 %), el dolor (18,6 %) y la ascitis (11,9 %) (42).

De forma similar, Engeleit et al., describieron como motivos de consulta más frecuentes la disnea (13,4 %), el dolor abdominal (13,3 %), el dolor torácico (9,4 %), la debilidad o empeoramiento del estado general (6,3 %) y la fiebre (6,1 %). Estos hallazgos indican que los pacientes con necesidades paliativas suelen acudir a urgencias por síntomas intensos, descompensaciones clínicas y deterioro general (44).

Por su parte, el estudio de Cotogni et al. confirmó una alta prevalencia de síntomas como dolor, disnea y fatiga, señalando además diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos. Según este artículo, la elevada carga sintomática refuerza la necesidad de mejorar el manejo clínico en urgencias y de integrar un enfoque paliativo desde el primer contacto asistencial. Según este artículo, aunque ambos grupos presentan una elevada carga sintomática, el perfil clínico difiere, predominando en los pacientes con cáncer el dolor, la fatiga y los síntomas gastrointestinales, y en los no

oncológicos la disnea, lo que refuerza la necesidad de mejorar el manejo clínico en urgencias e integrar un enfoque paliativo desde el primer contacto asistencial (48).

Los estudios cualitativos también respaldan la relevancia del control sintomático. En el estudio de Sutton et al., el adecuado manejo del dolor y de otros síntomas fue señalado como un elemento fundamental para mejorar la experiencia asistencial de pacientes y familiares. Del mismo modo, en el artículo de Di Leo et al., tanto profesionales como usuarios identificaron el alivio del sufrimiento físico, especialmente del dolor, como una de las prioridades asistenciales más importantes (39, 47).

Tabla 1 Motivos de consultas y síntomas prevalentes de pacientes paliativos en urgencias

Síntoma	Frecuencia descrita
Disnea	13-21%
Dolor	18-19%
Deterioro estado general	6-7%
Fiebre	6%
Ascitis	11-12%

Fuente: Elaboración propia a partir de estudios incluidos en la revisión (42,44,48)

Identificación precoz de necesidades paliativas y herramientas de cribado

Varios estudios revisados analizan la utilidad de herramientas de cribado para identificar de manera precoz a pacientes con necesidades paliativas en urgencias. En el artículo de Haydar et al., la pregunta sorpresa modificada (ED-MSQ) permitió identificar a un 15 % de pacientes como de alto riesgo. En este grupo se concentró el 68 % de las muertes intrahospitalarias, además de observarse un mayor uso de recursos como ingreso en UCI, medidas de confort y cuidados paliativos (45).

No obstante, Haydar et al. también señalaron que esta herramienta presenta una mejor capacidad para descartar la probabilidad de muerte hospitalaria que para identificar con precisión a todos los pacientes que fallecerán. Aun así, los autores concluyen que puede servir como desencadenante para una valoración paliativa más específica en urgencias (45).

En el estudio de Verhoef et al., el 83 % de los pacientes con cáncer avanzado obtuvo una respuesta negativa en la pregunta sorpresa (“no me sorprendería que falleciera”), y estos pacientes presentaron mayor carga sintomática, peor estado clínico y mayor necesidad de tratamiento de control de síntomas. Además, la combinación de una

respuesta negativa con un ECOG 3–4 se mostró como un fuerte predictor de muerte a corto plazo y de necesidad urgente de cuidados paliativos (46).

En paralelo, Engeleit et al., hallaron que el 15,9 % de los pacientes presentaba dos o más necesidades paliativas no cubiertas. Entre los factores más frecuentes destacaron la respuesta positiva a la pregunta sorpresa y las visitas repetidas a urgencias o ingresos previos, lo que sugiere que el cribado estructurado puede ser útil para detectar pacientes no identificados previamente (44).

Impacto de la integración de cuidados paliativos en la adecuación terapéutica y en la toma de decisiones

En el estudio de Dos Santos et al., la consulta de cuidados paliativos en urgencias se asoció con una reducción aproximada del 65 % en el riesgo de recibir reanimación cardiopulmonar (RCP). Además, los pacientes sin cuidados paliativos presentaron una mediana de 4,3 días hasta la RCP, frente a 14,2 días en aquellos que sí recibieron intervención paliativa (38).

En el artículo de Chang et al., los pacientes que recibieron cuidados paliativos mostraron una mayor probabilidad de firmar una orden de no reanimación (DNR) y de hacerlo desde el momento del ingreso. Asimismo, recibieron menos epinefrina, más retirada de tubo endotraqueal y mayor uso de narcóticos, lo que indica un manejo más centrado en el confort. No obstante, este estudio también observó que no existían diferencias claras en estancia hospitalaria ni en costes, y que el número de RCP no difería demasiado respecto al grupo sin cuidados paliativos (41).

De forma complementaria, el estudio de Johnson et al. concluyó que iniciar en urgencias conversaciones sobre objetivos de cuidado y consultas paliativas mejora la toma de decisiones clínicas, favorece la planificación anticipada y contribuye a una atención más centrada en el paciente al final de la vida (49).

En esta misma línea, el trabajo de Verhoef et al. observó un aumento en las decisiones anticipadas de limitación de tratamiento, pasando del 26 % al 42,4 % tras la atención en urgencias. Este hallazgo sugiere que el paso por urgencias puede convertirse en una oportunidad para revisar objetivos terapéuticos y adecuar el tratamiento a la situación clínica y pronóstica del paciente (46).

Asimismo, el estudio de Taylor et al. describe que los pacientes paliativos atendidos en urgencias constituyen una población fácilmente identificable que podría beneficiarse de intervenciones dirigidas para garantizar un uso más adecuado de estos servicios. Este

hallazgo resulta especialmente relevante en el contexto del presente trabajo, ya que refuerza la importancia de implantar estrategias estructuradas de detección, derivación y manejo clínico en urgencias para mejorar la adecuación terapéutica y la atención a este grupo de pacientes (40).

Tabla 2 Comparación de resultados clínicos según atención habitual y atención con cuidados paliativos en el servicio de urgencias

Variable clínica	Atención habitual (sin CP)	Atención con cuidados paliativos (CP)
Órdenes de no reanimación (DNR)	82,1 %	97,5 %
Reanimación cardiopulmonar (RCP)	Mayor probabilidad de RCP	Reducción aproximada del 65 %
Tiempo hasta la RCP	4,3 días	14,2 días
Uso de epinefrina	32,6 %	15,2 %
Uso de narcóticos	44,2 %	61,6 %
Decisiones de limitación del tratamiento	26 %	42,4 %
Enfoque terapéutico	Menor orientación al confort	Mayor orientación al confort

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión (38, 41, 46).

Planificación anticipada de cuidados y decisiones al final de la vida

En el artículo de Verhoef et al., solo el 12,1 % de los pacientes disponía de planes previos de manejo proactivo de síntomas antes de acudir a urgencias. Además, las limitaciones de soporte vital se habían discutido previamente solo en el 37,6 % de los casos y se habían documentado en el 33,8 % (42).

Sin embargo, durante o después de la atención en urgencias, estas limitaciones se discutieron en el 73,1 % de los pacientes y se documentaron en el 70,7 %, lo que indica que el episodio urgente funcionó en muchos casos como momento de activación de decisiones al final de la vida. Este mismo estudio también observó que los pacientes con un plan previo presentaron una menor probabilidad de fallecer en el hospital (42).

Por su parte, Chang et al., identificaron una mayor frecuencia de órdenes de no reanimación en pacientes vinculados a cuidados paliativos, lo que refuerza la relación entre intervención paliativa y mejor planificación anticipada. Del mismo modo, Johnson et al. señalaron que las conversaciones sobre objetivos de cuidado iniciadas en urgencias favorecen una toma de decisiones más alineada con las necesidades y preferencias del paciente (41, 49).

Propuesta de algoritmo de actuación en el servicio de urgencias

A partir de los resultados obtenidos en la presente revisión bibliográfica, se elaboró un algoritmo de actuación orientativo para la atención del paciente con necesidades paliativas en el servicio de urgencias hospitalarias. Este algoritmo integra los principales hallazgos relacionados con la identificación precoz, la carga sintomática, la toma de decisiones y la experiencia del paciente y su familia en urgencias. La representación esquemática del algoritmo se presenta en los anexos (Anexo 8).

6. Discusión

El cuidado de pacientes con necesidades paliativas en los servicios de urgencias representa un desafío creciente en el contexto sanitario actual, debido al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas avanzadas. A partir de la evidencia analizada en esta revisión bibliográfica, se pone de manifiesto que este grupo de pacientes presenta una elevada complejidad clínica, caracterizada no solo por su estado funcional deteriorado, sino también por una alta carga sintomática y una frecuente utilización de los recursos hospitalarios.

Tras el análisis de los estudios incluidos, se observa que autores como Dos Santos et al., Chang et al., Taylor et al. y Verhoef et al. coinciden en señalar que los pacientes paliativos atendidos en urgencias suelen ser personas de edad avanzada, con múltiples comorbilidades y un importante deterioro funcional. Sin embargo, más allá de esta descripción, resulta relevante interpretar que este perfil no solo refleja la progresión natural de la enfermedad, sino también posibles déficits en la atención previa, especialmente en lo relacionado con la continuidad asistencial y el acceso a recursos especializados en cuidados paliativos. En este sentido, el hecho de que un elevado porcentaje de estos pacientes acuda repetidamente a urgencias podría considerarse un indicador indirecto de la falta de planificación anticipada de cuidados y de la escasa integración entre niveles asistenciales (38, 40, 41, 42).

En relación con los motivos de consulta, estudios como los de Verhoef et al., Engeleit et al. y Cotogni et al. destacan la disnea, el dolor y el deterioro del estado general como síntomas predominantes. No obstante, el interés de estos hallazgos no reside únicamente en su frecuencia, sino en lo que implican desde el punto de vista clínico. La elevada carga sintomática sugiere que muchos de estos pacientes no reciben un control adecuado de síntomas en fases previas de la enfermedad, lo que desemboca en episodios agudos que requieren atención urgente. Este hecho refuerza la necesidad de un enfoque más proactivo, centrado en la prevención y el manejo de los síntomas (42, 44, 48).

Por otro lado, la identificación precoz de pacientes con necesidades paliativas constituye uno de los principales retos en el ámbito de urgencias. Haydar et al. y Verhoef et al. han analizado herramientas como la Pregunta Sorpresa y otras estrategias de cribado, evidenciando su utilidad para detectar pacientes de alto riesgo. Sin embargo, la aplicación de estas herramientas en la práctica clínica sigue siendo limitada. Esta situación puede explicarse por factores como la sobrecarga asistencial, la falta de

formación específica o la ausencia de protocolos estandarizados. Además, tal como señalan Haydar et al., estas herramientas presentan limitaciones en términos de sensibilidad y especificidad, lo que obliga a complementarlas con el juicio clínico del profesional (45, 46).

En cuanto al impacto de la integración de los cuidados paliativos en urgencias, los estudios revisados sugieren beneficios claros en la adecuación terapéutica. Dos Santos et al. describen una reducción significativa en la realización de reanimación cardiopulmonar, mientras que Chang et al. evidencian una mayor orientación hacia el confort del paciente, con un incremento en las órdenes de no reanimación y una disminución en el uso de intervenciones agresivas. Desde una perspectiva crítica, estos resultados sugieren que el modelo asistencial tradicional en urgencias tiende a priorizar intervenciones de carácter invasivo, incluso en situaciones donde el beneficio clínico es limitado. La incorporación de cuidados paliativos permite, por tanto, reorientar la práctica clínica hacia una atención más proporcional y centrada en las necesidades reales del paciente (38, 41).

En relación con la planificación anticipada de cuidados, Verhoef et al. destacan que un porcentaje reducido de pacientes dispone de decisiones previamente documentadas antes de acudir a urgencias. Este hecho implica que muchas decisiones relevantes se tomen en un contexto de urgencia, caracterizado por la presión asistencial y la falta de información. Sin embargo, el paso por urgencias parece actuar como un punto de inflexión, facilitando la toma de decisiones relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico. Este fenómeno pone de manifiesto que el servicio de urgencias podría desempeñar un papel clave en la activación de procesos de planificación, aunque no debería ser el único escenario en el que se produzcan este tipo de decisiones (42).

A nivel organizativo, diversos estudios, como los de Di Leo et al. y Sutton et al., ponen de relieve la existencia de barreras estructurales que dificultan la integración de los cuidados paliativos en urgencias. Entre estas destacan la elevada presión asistencial, la falta de recursos específicos y la escasa coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario. En este contexto, cobra especial relevancia el desarrollo de competencias como la comunicación, la toma de decisiones ética y la capacidad de adaptación, aspectos fundamentales para proporcionar una atención de calidad en situaciones de alta complejidad (39, 47).

Por otra parte, la propuesta de un algoritmo clínico, desarrollada a partir de los resultados de esta revisión, se presenta como una herramienta útil para mejorar la

identificación y el manejo de estos pacientes en urgencias. No obstante, es importante señalar que, tal como indican varios autores, la evidencia disponible se basa mayoritariamente en estudios observacionales, lo que limita la capacidad para establecer conclusiones definitivas sobre su efectividad. Por ello, sería necesario realizar estudios adicionales que permitan validar su aplicabilidad en la práctica clínica real.

7. Conclusión

La revisión bibliográfica ha permitido analizar la atención sanitaria al paciente con necesidades paliativas en los servicios de urgencias hospitalarias, evidenciando que se trata de una población con elevada complejidad clínica, importante carga sintomática y frecuentes necesidades asistenciales. Los servicios de urgencias constituyen, en muchos casos, la principal puerta de entrada al sistema sanitario durante episodios de descompensación o crisis clínicas.

En relación con el primer objetivo específico, se ha identificado que los pacientes paliativos atendidos en urgencias suelen presentar edad avanzada, múltiples comorbilidades y deterioro funcional progresivo. Asimismo, los síntomas más frecuentes que motivan la consulta son el dolor, la disnea y el deterioro del estado general, lo que pone de manifiesto la necesidad de una atención rápida, integral y centrada en el control sintomático.

Respecto al segundo objetivo, la revisión ha permitido identificar diferentes modelos, protocolos y algoritmos dirigidos a mejorar la detección y el manejo de pacientes paliativos en urgencias. Las herramientas estructuradas facilitan la identificación precoz de pacientes con enfermedad avanzada y contribuyen a orientar la toma de decisiones clínicas hacia intervenciones más proporcionales y centradas en el confort del paciente.

En relación con el tercer objetivo, la evidencia analizada muestra que la integración de los cuidados paliativos en urgencias se asocia con una mejor adecuación terapéutica, una reducción de intervenciones agresivas innecesarias y una mayor orientación hacia los objetivos de cuidado del paciente. Además, favorece la planificación anticipada y la toma de decisiones compartidas, mejorando la calidad asistencial y optimizando el uso de recursos sanitarios.

Por otro lado, en respuesta al cuarto objetivo, se han analizado diversas herramientas de cribado utilizadas en urgencias, entre las que destacan NECPAL, SPICT, P-CaRES y la Pregunta Sorpresa. Estas herramientas permiten detectar de forma más estructurada las necesidades paliativas, aunque deben utilizarse como complemento al juicio clínico debido a sus limitaciones diagnósticas.

Finalmente, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar e implementar estrategias estructuradas que faciliten la identificación y el manejo del paciente paliativo en el entorno de urgencias. En este contexto, el algoritmo propuesto

en el presente trabajo puede constituir una herramienta útil para mejorar la atención clínica y favorecer una asistencia más humanizada, segura y centrada en la persona.

En conclusión, avanzar hacia un modelo asistencial más integrado, que combine la atención urgente con el enfoque paliativo, permitirá ofrecer una atención más adecuada, segura y centrada en la persona, mejorando tanto la experiencia del paciente como la eficiencia del sistema sanitario.

8. Limitaciones

El presente Trabajo de Fin de Grado presenta algunas limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. En primer lugar, al tratarse de una revisión bibliográfica narrativa, los hallazgos se basan en la síntesis de estudios con diseños, poblaciones y contextos asistenciales heterogéneos, lo que dificulta la comparación directa de resultados y la generalización de las conclusiones.

Asimismo, aunque la búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos relevantes y ampliamente utilizadas en el ámbito de las ciencias de la salud, es posible que algunos estudios pertinentes no hayan sido incluidos debido a restricciones relacionadas con el idioma, el periodo de publicación o la disponibilidad del texto completo.

Otra limitación relevante es que la mayoría de los estudios incluidos presentan un diseño observacional, lo que condiciona la interpretación de los resultados en términos de impacto causal de las intervenciones paliativas en urgencias. No obstante, la consistencia de los hallazgos entre los diferentes trabajos revisados refuerza la validez de las conclusiones obtenidas.

Por último, el algoritmo de actuación propuesto se ha desarrollado a partir de la evidencia disponible en la literatura y constituye una herramienta orientativa de apoyo a la toma de decisiones clínicas. Su aplicabilidad y efectividad en la práctica asistencial real requerirían estudios específicos de validación y evaluación en el entorno clínico.

9. Aspectos éticos

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica de la literatura científica, por lo que no se ha realizado ninguna intervención directa sobre pacientes ni se han utilizado datos clínicos identificables. En consecuencia, no ha sido necesaria la aprobación por parte de un comité de ética de investigación.

Durante la elaboración del trabajo se han respetado los principios éticos fundamentales de la investigación científica, garantizando el uso adecuado y responsable de las fuentes bibliográficas consultadas. Todas las ideas, datos y resultados procedentes de otros autores han sido correctamente citados, respetando la propiedad intelectual y evitando el plagio.

Asimismo, el enfoque del trabajo se ha desarrollado desde una perspectiva ética centrada en la persona, destacando la importancia del respeto a la dignidad, los valores y las preferencias del paciente, así como el papel de la toma de decisiones compartidas y de la planificación anticipada de cuidados en la atención al final de la vida. Estos principios éticos se consideran fundamentales en la atención al paciente con necesidades paliativas, especialmente en el contexto del servicio de urgencias hospitalarias.

10. Aplicabilidad

La principal aplicabilidad de la revisión bibliográfica realizada en este Trabajo de Fin de Grado se concreta en el desarrollo del algoritmo clínico presentado (Anexo 8), que permite trasladar la evidencia identificada a una herramienta práctica de apoyo a la toma de decisiones en el servicio de urgencias. El algoritmo constituye una síntesis estructurada de la información revisada, facilitando la organización lógica de las acciones y decisiones clínicas.

La construcción del algoritmo se ha fundamentado en los principios del análisis de decisiones clínicas y en el uso de árboles de decisión como metodología para estructurar procesos asistenciales complejos. Los árboles de decisión permiten ordenar de forma secuencial las decisiones clínicas y las acciones asociadas, resultando especialmente útiles en contextos de incertidumbre clínica. Estos principios han guiado la identificación de los puntos clave de decisión y la secuencia lógica del algoritmo (50).

Asimismo, el diseño del algoritmo se apoya en la literatura metodológica que describe el desarrollo de algoritmos clínicos como una estrategia válida para integrar la evidencia científica en la práctica asistencial, destacando la importancia de una estructura clara y reproducible. Esta aproximación ha permitido transformar los resultados de la revisión bibliográfica en una propuesta práctica y orientativa (51).

La representación gráfica del algoritmo se ha realizado siguiendo la simbología estandarizada definida en la norma internacional ISO 5807. De acuerdo con esta norma, se han utilizado óvalos para representar el inicio y el final del proceso, rectángulos para las acciones o procesos clínicos y rombos para los puntos de decisión dicotómica, garantizando una presentación clara, ordenada y homogénea del flujo asistencial (52).

No obstante, es importante señalar que el algoritmo desarrollado no ha sido sometido a un proceso de validación empírica. La validación realizada hasta el momento es de carácter teórico, basada en la revisión bibliográfica y en la coherencia metodológica de su diseño. Por tanto, el algoritmo debe entenderse como una herramienta orientativa y no como un protocolo asistencial validado (50, 51).

De acuerdo con la literatura metodológica, el proceso de desarrollo del algoritmo debería completarse en futuras fases de investigación mediante una validación empírica, que podría incluir estudios piloto, evaluación de su aplicabilidad por parte de los profesionales sanitarios y estudios observacionales que permitan valorar su utilidad en la práctica clínica real. En este sentido, el algoritmo presentado constituye tanto la

aplicabilidad práctica de la revisión bibliográfica realizada como el punto de partida para futuras líneas de investigación orientadas a su validación y mejora (51).

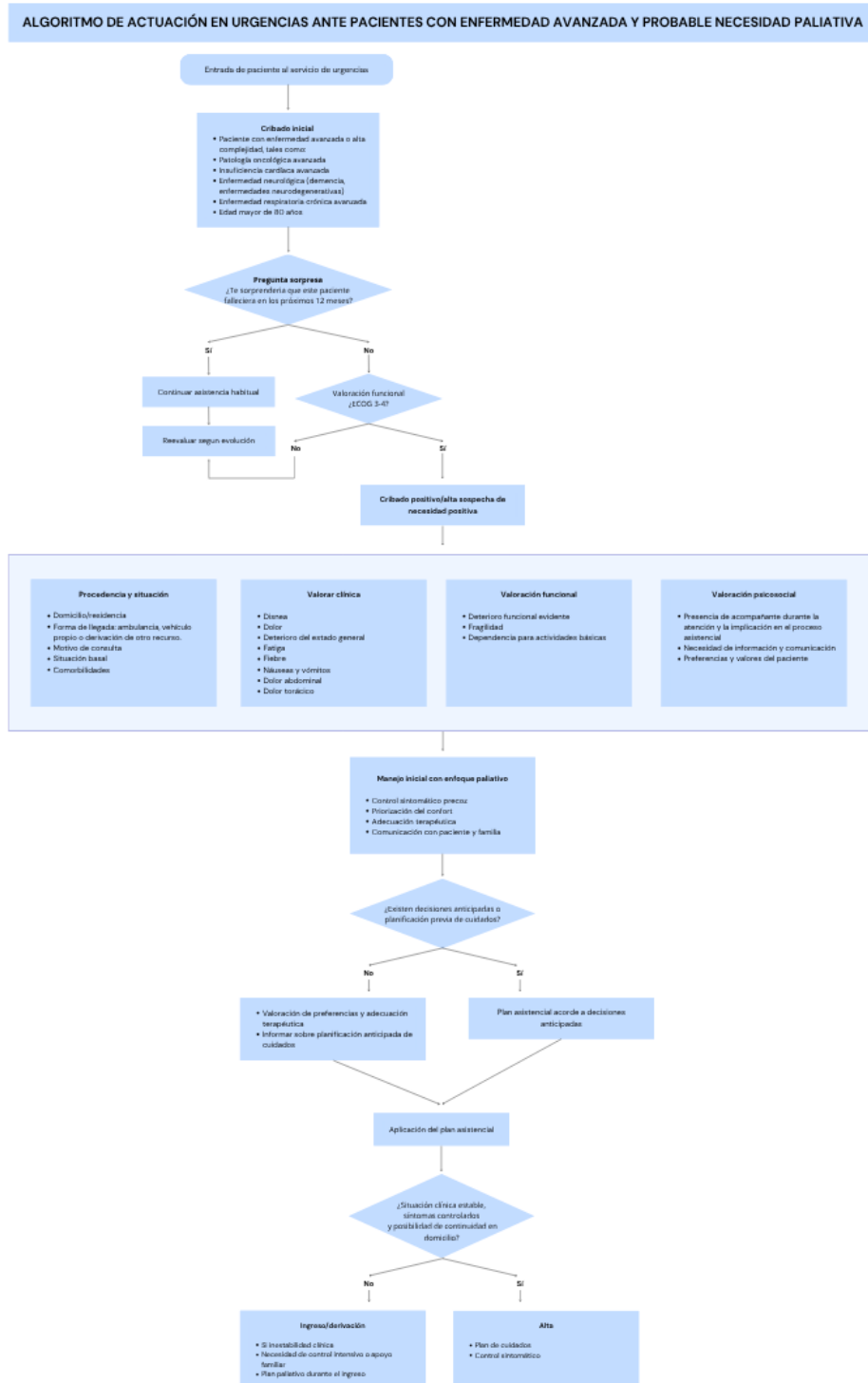


Figura. 3. Algoritmo de actuación en urgencias ante pacientes con enfermedad avanzada y probable necesidad paliativa

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados (38-49).

Bibliografía

1. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN, Hu M, Wang B, Ortiz JM, Kistler EA, Chen A, Morrison RS. Emergency department–initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol.* 2016;2(5):591–598. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9252442/>
2. da Silva Soares L, Nunes C, Gomes B. Effectiveness of Emergency Department Based Palliative Care for Adults with Advanced Disease: A Systematic Review. *J Palliat Med.* 2016;19(10):1044–1054. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4904160/>
3. Cooper E, Hutchinson A, Sheikh Z, Butler P, Iqbal R, Sheikh A. Palliative care in the emergency department: a systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliat Med.* 2018;32(2):372–383. <https://doi.org/10.1177/0269216318783920>
4. Yuguero-Torres O, Montero-Pérez F, Vilaplana-Valero ML, et al. Registro MORCAT: descripción de la sedación paliativa y la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2020;32(2):118–121. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2020_32_2_118-121
5. Johnson J, et al. Benefits of emergency department-initiated goals-of-care conversations and palliative consultations among older adults. [Journal]. 2025. (ED-initiated GOC conversations ...). <https://doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100165>
6. Denney CJ, Duan Y, O'Brien PB, Peach DJ, Lanier S, Lopez J, et al. An emergency department clinical algorithm to increase early palliative care consultation: Pilot project. *J Palliat Med [Internet].* 2021;24(12):1776–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2020.0750>
7. Anica-Malagón ED, Cordero-Pelayo M, Salgado-Abrego YN, Vilchis-Palacios GR, Sosa-Bolio JA. Integration of palliative care to the emergency department. Management algorithm approach. *Revista Médica del Hospital General de México [Internet].* 2021 [citado el 17 de febrero de 2026];84(2). Disponible en: https://www.hospitalgeneral.mx/frame_esp.php?id=95
8. Taseen R, Ethier J-F. Expected clinical utility of automatable prediction models for improving palliative and end-of-life care outcomes: Toward routine decision analysis before implementation. *J Am Med Inform Assoc [Internet].* 2021;28(11):2366–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jamia/ocab140>

9. Boqué Oliva C, Romero Pareja R, Herreros B. Recommendations for end-of-life care by emergency health services. Emergencias [Internet]. 2024; Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/47-54_3184_ARTICULO-ESPECIAL_Boque.pdf
10. Mayo A. para el cuidado al final de la vida [Internet]. Gencat.cat. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/14111/ico-ics-praxi-atencio-final-vida-cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
11. Martín Marco A, Taberner Bonastre MT, Lafuente Sanchis P, Tarraso Gómez ML, Clep C, Girbes Mari R. Frecuentación y síntomas de presentación en urgencias de pacientes paliativos en el departamento de salud de La Ribera. Med Paliativa [Internet]. 2020;27. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/FicherosRev/294/5/03.%201078-2019%20OR%20Marti%E2%95%A0%C3%BCn.pdf>
12. Díaz Cardenas D, Ariza García V, Camell Ilari H, Viñals Barquero A, Rasero Mateos MJ, Álvarez Miranda S, et al. Memòria 2023 UFISS de Cures Pal·liatives_Àmbit Garraf. Versió 3.0. Àrea d'Atenció Intermèdia, Unitat de Cures Pal·liatives; 22 mar 2024
13. Causas de la necessitat de rebre cures pal·liatives [Internet]. Canal Salut. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/cures-palliatives/causes/>
14. Causas de la necessitat de rebre cures pal·liatives [Internet]. Canal Salut. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/cures-palliatives/causes/>
15. Insuficiencia cardíaca [Internet]. Fundación Española del Corazón. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>
16. Ribera Casado JM. Geriatrics and palliative care: two medical specialities with many common points. An R Acad Nac Med (Madr) [Internet]. 2026;142(142(03)):239. Disponible en: https://analesranm.es/wp-content/uploads/2025/numero_142_03/pdfs/anRANM-142-03-rev02.pdf
17. ¿Qué es la insuficiencia respiratoria? [Internet]. NHLBI, NIH. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insuficiencia-respiratoria>

18. Demencia: qué es [Internet]. Hospital de Bellvitge. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://bellvitgehospital.cat/es/aula-de-salud/demencia-que-es>
19. Sieira PI. Ictus-ACV síntomas y tratamiento [Internet]. <https://www.cun.es>. Clínica Universidad de Navarra; [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus>
20. Fernández DNG. Enfermedad renal crónica [Internet]. <https://www.cun.es>. Clínica Universidad de Navarra; [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-renal-cronica>
21. Insuficiencia hepática [Internet]. Fesemi.org. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/insuficiencia-hepatica>
22. Boersema-Wijma DJ, van Duijn E, Heemskerk A-W, van der Steen JT, Achterberg WP. Palliative care in advanced Huntington's disease: a scoping review. BMC Palliat Care [Internet]. 2023;22(1):54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-023-01171-y>
23. Mercadante S, Al-Husinat L. Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2023;66(4):e485–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.06.029>
24. Researchgate.net. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/398185082_Symptom_prevalence_in_palliative_care_patients_admitted_to_the_emergency_department_are_there_differences_between_patients_with_cancer_and_non-cancer_illness
25. Wysham NG, Miriovsky BJ, Currow DC, Herndon JE 2nd, Samsa GP, Wilcock A, et al. Practical dyspnea assessment: Relationship between the 0-10 Numerical Rating Scale and the four-level categorical Verbal Descriptor Scale of dyspnea intensity. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2015;50(4):480–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.015>
26. Torcal Baz M, Ana S, Mora V, Torcal M, Dimensión DO, Dolor D, et al. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos [Internet]. Isciii.es. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n3/1699-695X-albacete-13-03-203.pdf>
27. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor [Internet]. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Asociación Internacional para el

- Estudio del Dolor; 2022 [citado el 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org>
28. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Analgesia and Sedation Work Group of SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva [Internet]. 2006 [citado el 18 de marzo de 2026];30(8):379–85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
29. Canalias-Reverter M. Dolor y demencia avanzada [Internet]. Isciii.es. [citado el 18 de marzo de 2026]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/06_revision_01.pdf
30. Guiasalud.es. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/06/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_resum_ingles-1.pdf?utm.com
31. Escalas de uso frecuentes en urgencias y emergencias [Internet]. Salusplay.com. [citado el 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-urgencias-y-emergencias-en-enfermeria/tema-7-escalas-de-uso-frecuente-en-urgencias-y-emergencias/4>
32. Náusea en cuidados paliativos [Internet]. Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/dolorypaliativos/art541.asp>
33. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Definición y estándares de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Madrid: SEMES; 2010. <https://www.semes.org>
34. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. Med Clin (Barc) [Internet]. 2013;140(6):241–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.06.027>
35. Fidelsberger L, Fischer C, Kreye G, Meran E, Likar R, van Tulder R, et al. Using the P-CaRES tool to identify Palliative Care needs in patients with life-limiting diseases: An analysis of internal medicine admissions. J Clin Med [Internet]. 2025;14(12):4206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm14124206>

36. SPICt. Org.uk. [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.spict.org.uk/spict-4all/spain/>
37. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* [Internet]. 2017;18(9):e543–51. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)
38. Dos Santos TH, da Silva RP, de Campos MR, Agnollitto MISS, Miranda CH, Pazin-Filho A. Association between palliative care in the emergency department and cardiopulmonary resuscitation decisions in patients with poor prognosis: a retrospective observational study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2025;24(1):250. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-025-01894-0>
39. Sutton R, Anderson NE, Gott M. Emergency care experiences of patients known to palliative care services and their family: A qualitative interview study. *Australas Emerg Care* [Internet]. 2024;28(2):129–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.auec.2024.12.003>
40. Taylor P, Stone T, Simpson R, Kyeremateng S, Mason S. Emergency department presentations in palliative care patients: a retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2022;14(e1):e476–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003563>
41. Chang JC-Y, Yang C, Lai L-L, Huang H-H, Tsai S-H, Hsu T-F, et al. Differences in characteristics, hospital care, and outcomes between acute critically ill emergency department patients receiving palliative care and usual care. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(23):12546. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182312546>
42. Verhoef M-J, de Nijs E, Horeweg N, Fogteloo J, Heringhaus C, Jochems A, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support Care*
43. Gips A, Daubman B-R, Petrillo LA, Bowman J, Ouchi K, Traeger L, et al. Palliative care in the emergency department: A qualitative study exploring barriers, facilitators, desired clinician qualities, and future directions. *Palliat Support Care* [Internet]. 2022;20(3):363–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951521001012>
44. Engeleit K, Afshar K, Stiel S, Schneider N, Schleef T, Brod T. Prevalence of patients with unmet palliative care needs in a University Emergency Department

- in Germany - a cross-sectional screening study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2025;24(1):243. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-025-01892-2>
45. Haydar SA, Strout TD, Bond AG, Han PK. Prognostic value of a modified surprise question designed for use in the emergency department setting. *Clin Exp Emerg Med* [Internet]. 2019;6(1):70–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15441/ceem.17.293>
 46. Verhoef M-J, de Nijs EJM, Fiocco M, Heringhaus C, Horeweg N, van der Linden YM. Surprise question and performance status indicate urgency of palliative care needs in patients with advanced cancer at the emergency department: An observational cohort study. *J Palliat Med* [Internet]. 2020;23(6):801–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2019.0413>
 47. Di Leo S, Alquati S, Autelitano C, Costantini M, Martucci G, De Vincenzo F, et al. Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2019;27(1):88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-019-0662-y>
 48. Cotogni P, Costantini E, Macchi G, Scarmozzino A. Symptom prevalence in palliative care patients admitted to the emergency department: are there differences between patients with cancer and non-cancer illness? *Ann Palliat Med* [Internet]. 2025;14(6):558–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/apm-25-93>
 49. Johnson J, Li T, Mandile M, Lopez S, McCann-Pineo M, Witz L, et al. Benefits of emergency department-initiated goals of care conversations and palliative care consultations among older adults with chronic or serious life-limiting illnesses. *J Am Coll Emerg Physicians Open* [Internet]. 2025;6(4):100165. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100165>
 50. Sox HC, Stewart WF. Algorithms, clinical practice guidelines, and standardized clinical assessment and management plans: evidence-based patient management standards in evolution: Evidence-based patient management standards in evolution. *Acad Med* [Internet]. 2015;90(2):129–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000509>
 51. Dennstädt F, Treffers T, Iseli T, Panje C, Putora PM. Creation of clinical algorithms for decision-making in oncology: an example with dose prescription in radiation oncology. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2021;21(1):212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12911-021-01568-w>

52. edition- F. iTeh STANDARD PREVIEW [Internet]. Itehd.ai. [citado el 27 de abril de 2026]. Disponible en: <https://cdn.standards.itehd.ai/samples/11955/1b7dd254a2a54fd7a89d616dc0570e18/ISO-5807-1985.pdf>

En la elaboración del presente Trabajo de Fin de Grado se han utilizado herramientas de inteligencia artificial como apoyo en la organización y mejora de la redacción del texto. Dicho uso no ha sustituido la búsqueda bibliográfica ni el análisis crítico de la evidencia, que han sido realizados por las autoras.

Anexos

Anexo 1: Escala Visual Analógica del Dolor (EVA)

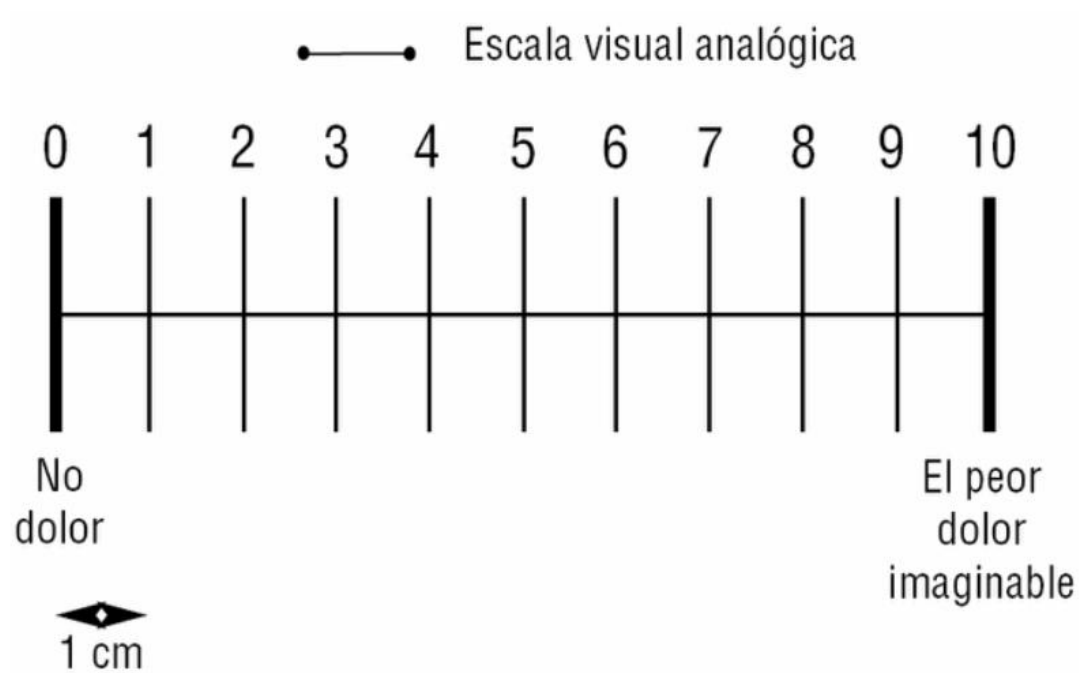


Figura. 4. Escala Visual Analógica (EVA)

Fuente: Tomado de (28).

Anexo 2: Escala PAINAD

	0	1	2	PUNTOS
Respiración (independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización (verbalización negativa)	Normal	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas Gemidos y quejidos en volumen alto Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste Atemorizado Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agresividad física	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	
Puntuación TOTAL				

Figura. 5. Escala PAINAD

Fuente: Tomado de (30).

Anexo 3: Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

ECOG 0	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
ECOG 3	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
ECOG 4	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
ECOG 5	Paciente fallecido.

Figura. 6. Escala ECOG

Fuente: Tomado de (31).

Anexo 4: NECPAL-ICO

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	☐ No ☐ Sí

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	☐ Sí ☐ No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	☐ Sí ☐ No

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : ☐ Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda ☐ Progresión: pérdida de peso > 10% ☐ Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	☐ Sí ☐ No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : ☐ Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) ☐ Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada ☐ Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	☐ Sí ☐ No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : ☐ Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) ☐ Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) ☐ Síndrome confusional agudo ☐ Disfagia persistente ☐ Caídas (> 2)	☐ Sí ☐ No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	☐ Sí ☐ No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: ☐ 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año ☐ Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	☐ Sí ☐ No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	☐ Sí ☐ No

Figura. 7. Escala NECPAL-ICO

Fuente: Tomado de (34).

Anexo 5: P-Cares

1. Does the Patient Have A Life-Limiting Illness? (Check All Items that Apply)	
☐	Advanced Dementia or CNS Disease (e.g. history of Stroke, ALS, Parkinson's): Assistance needed for most self-care (e.g. ambulation, toileting) <u>and/or</u> Minimally verbal.
☐	Advanced Cancer: Metastatic <u>or</u> locally aggressive disease.
☐	End Stage Renal Disease: On dialysis <u>or</u> Creatinine > 6.
☐	Advanced COPD: Continuous home O2 <u>or</u> chronic dyspnea at rest.
☐	Advanced Heart Failure: Chronic dyspnea, chest pain <u>or</u> fatigue with minimal activity or rest.
☐	End Stage Liver Disease: History of recurrent ascites, GI bleeding, <u>or</u> hepatic encephalopathy.
☐	Septic Shock (i.e. signs of organ failure due to infection): Requires ICU admission <u>and</u> has significant pre-existing comorbid illness.
☐	Provider Discretion - High chance of Accelerated Death: <i>Examples:</i> Hip fracture > age 80; Major trauma in the elderly (multiple rib fractures, intracranial bleed), Advanced AIDS, etc
No Checked Items? STOP! Screening is Complete	ONE or More Checked Items? CONTINUE screening!

↓

2. Does the Patient Have TWO or More Unmet Palliative Care Needs? (Check All the Apply)	
☐	Frequent Visits: 2 or more ED visits or hospital admissions in the past 6 months.
☐	Uncontrolled Symptoms: Visit prompted by uncontrol symptom: e.g. pain, dyspnea, depression, fatigue, etc.
☐	Functional Decline: e.g. loss of mobility, frequent falls, decrease PO, skin breakdown, etc.
☐	Uncertainty about Goals-of-Care and/or Caregiver Distress Caregiver cannot meet long-term needs; Uncertainty/distress about goals-of-care.
☐	Surprise Question: You would not be surprised if this patient died within 12 months.
Less than TWO checked Items? STOP! Screening is Negative	TWO or more checked Items? PC Referral Recommended!

Figura. 8. Escala P-Cares

Fuente: Tomado de (35).

Anexo 6: SPICT

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating. Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.		
Look for any general indicators of poor or deteriorating health.		
- Unplanned hospital admission(s). - Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility. (eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.) - Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems. The person's carer needs more help and support. - Progressive weight loss; remains underweight; low muscle mass. - Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s). - The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.		
Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.		
Cancer Functional ability deteriorating due to progressive cancer. Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.	Heart/ vascular disease Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort. Severe, inoperable peripheral vascular disease.	Kidney disease Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health. Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments. Stopping or not starting dialysis.
Dementia/ frailty Unable to dress, walk or eat without help. Eating and drinking less; difficulty with swallowing. Urinary and faecal incontinence. Not able to communicate by speaking; little social interaction. Frequent falls; fractured femur. Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.	Respiratory disease Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations. Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy. Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.	Liver disease Cirrhosis with one or more complications in the past year: - diuretic resistant ascites - hepatic encephalopathy - hepatorenal syndrome - bacterial peritonitis - recurrent variceal bleeds Liver transplant is not possible.
Neurological disease Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy. Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing. Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure. Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.	Other conditions Deteriorating with other conditions, multiple conditions and/or complications that are not reversible; best available treatment has a poor outcome.	
Review current care and care planning.		
- Review current treatment and medication to make sure the person receives optimal care; minimise polypharmacy. - Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage. - Agree a current and future care plan with the person and their family/people close to them. Support carers. - Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely. - Record, share, and review care plans.		

Please register on the SPICT website (www.spic.org.uk) for information and updates.

SPICT™ 2022

Figura. 9. SPICT

Fuente: Tomado de (36).

Anexo 7: Tabla de resultados

Tabla 3. Tabla de resultados

Título, autor, base de datos, revista, año de publicación	Tipo de estudio	Objetivo de estudio	Puntos clave	Conclusión
Association between palliative care in the emergency department and cardiopulmonary resuscitation decisions in patients with poor prognosis: a retrospective observational study. Thiago Henrique Dos Santos, et al. Pubmed BMC Palliative Care 2025	Estudio de cohorte retrospectivo	Evaluar la asociación entre la consulta de cuidados paliativos en el servicio de urgencias y la ocurrencia de reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes hospitalizados con mal pronóstico, mediante un análisis retrospectivo de historias clínicas electrónicas.	Los pacientes con cuidados paliativos eran con mayor frecuencia mayores de 80 años, tenían más comorbilidades, ingresaban más en medicina interna y presentaban menos muertes en las primeras 24 horas. Los pacientes sin cuidados paliativos presentaron una mediana de 4,3 días hasta la RCP, mientras que en aquellos con cuidados paliativos fue de 14,2 días. La consulta de cuidados paliativos se asoció con una reducción aproximada del 65% en el riesgo de recibir RCP.	La consulta de cuidados paliativos en el servicio de urgencias se asocia con una menor probabilidad de recibir reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes hospitalizados con mal pronóstico.

Emergency care experiences of patients known to palliative care services and their family: A qualitative interview study. Reuben Sutton, et al. Pubmed <i>Australasian Emergency Care</i> 2025	Estudio cualitativo de entrevistas semiestructuradas	Explorar las experiencias de atención en el servicio de urgencias de pacientes conocidos por servicios de cuidados paliativos y de sus familiares.	El entorno y las prioridades del servicio de urgencias no estaban adaptados a las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos. Situaciones de incomodidad, falta de privacidad o sensación de deshumanización durante la atención en urgencias. El manejo adecuado del dolor y de otros síntomas fue señalado como un elemento fundamental para mejorar la experiencia de los pacientes. El ruido, la falta de espacios adecuados o el tiempo limitado del personal sanitario influyeron en la percepción de la atención recibida. Experiencias fueron más positivas cuando los pacientes o familiares pudieron expresar sus necesidades y cuando los profesionales sanitarios mostraron comprensión y apoyo.	Los pacientes paliativos y sus familias experimentan diversos desafíos al acudir a urgencias. Aspectos como el control de síntomas, el tiempo disponible, el entorno y la comunicación del paciente influyen en la experiencia asistencial, por lo que es necesario fortalecer las competencias en cuidados paliativos en los servicios de urgencias y adaptar el entorno para una atención centrada en la persona.
---	---	---	--	--

Emergency department presentations in palliative care patients: a retrospective cohort study Paul Taylor, et al. CINAHL <i>Health Informatics Journal</i> 2022	Estudio de cohorte retrospectivo	Describir el uso del servicio de urgencias de pacientes paliativos en un periodo de 2 años.	Se registraron 1.395 visitas a urgencias por pacientes conocidos por el servicio de cuidados paliativos, un 70,6% acudieron a urgencias al menos una vez. El 83,8% llegaron en ambulancia y el 15,6% acudieron por iniciativa propia El 75,1% fueron ingresados, 22,8% fueron dados de alta y el 2,1% fueron trasladados o fallecieron en urgencias. Se realizaron investigaciones diagnosticas en urgencias en el 88,5% de las visitas a urgencias, las pruebas más frecuentes fueron los análisis de sangre (74,9%) y radiografías (58%).	El estudio describe los patrones de asistencia y los eventos que ocurren durante y después de las visitas al servicio de urgencias en pacientes conocidos por los servicios de cuidados paliativos. Estos pacientes constituyen una población fácilmente identificable que podría beneficiarse de intervenciones dirigidas para garantizar un uso más adecuado de los servicios de urgencias. Los resultados también aportan hallazgos relevantes que pueden orientar futuras intervenciones y líneas de investigación en este ámbito.
---	---	--	---	---

Differences in Characteristics, Hospital Care, and Outcomes between Acute Critically ill Emergency Department Patients Receiving Care and Usual Care. Julia Chia-Yu Chang, et al. CINAHL <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> 2021	Estudio de cohorte retrospectivo observacional.	Determinar las diferencias en las características clínicas, la atención hospitalaria, la supervivencia y la utilización de recursos sanitarios entre pacientes críticamente enfermos atendidos en urgencias que recibieron cuidados paliativos y aquellos que recibieron atención habitual.	Los pacientes vinculados con cuidados paliativos presentaron más cáncer avanzado (30,7% vs 22,4%), menos enfermedad neurológica avanzada (43,6% vs 52,6%) y mayor fragilidad grave (9,3% vs 4,4%) en comparación con los no vinculados. Los pacientes con cuidados paliativos tuvieron mayor probabilidad de firmar una orden de no reanimación (DNR) (97,5% vs 82,1%) y de hacerlo en el momento del ingreso (77,8% vs 50%). Recibir cuidados paliativos se asoció con mayor fragilidad severa, mayor deterioro funcional, mayor malestar biopsicosocial y mayor mortalidad hospitalaria. Los pacientes con cuidados paliativos recibieron menos epinefrina (15,2% vs 32,6%), más retirada del tubo endotraqueal (4,4% vs 0,6%) y más uso de narcóticos (61,6% vs 44,2%). Aunque hubiese una mejor planificación anticipada en aquellos vinculados a CP	Los pacientes críticos que recibieron cuidados paliativos eran más graves y presentaron mayor mortalidad, además de recibir un manejo más orientado al confort (menos epinefrina y más uso de narcóticos). No hubo diferencias en estancia ni costes, y la integración de cuidados paliativos en urgencias puede ayudar a alinear la atención con los objetivos del paciente.
---	--	--	---	--

			(mayores ordenes de no reanimación), el número de RCP no distaba mucho con respecto a aquellos que no recibieron CP.	
Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study Mary-Joanne Verhoef, et al. Pubmed <i>Supportive Care in Cancer</i> 2020	Estudio de cohorte observacional retrospectivo	Analizar las visitas al servicio de urgencias de pacientes con cáncer avanzado al final de la vida, describiendo sus características, necesidades de cuidados paliativos y factores asociados a la proximidad de la muerte	El 34% acudió por iniciativa propia o familiar y más de la mitad de las visitas ocurrieron fuera del horario habitual; los síntomas más frecuentes fueron disnea (21%), dolor (18,6%) y ascitis (11,9%). En urgencias se realizaron principalmente analíticas (83,8%) y pruebas de imagen (63,3%), con tratamiento en más del 50% de los casos. Antes de la visita, solo el 12,1% tenía planes de manejo proactivo de síntomas; las limitaciones de soporte vital se discutieron en el 37,6% y se documentaron en el 33,8%. Durante o después de urgencias, estas limitaciones se discutieron en el 73,1% y se documentaron en el 70,7%. El 76% de los pacientes fue ingresado tras la visita.	Las visitas a urgencias en pacientes con cáncer avanzado suelen terminar en hospitalización y presentan una alta mortalidad a corto plazo. La identificación precoz de pacientes con necesidades paliativas y la planificación anticipada de cuidados pueden mejorar la atención al final de la vida y reducir fallecimientos en el hospital.

			Los pacientes con plan previo presentaron menor fallecimiento en hospital.	
Palliative care in the emergency department: A qualitative study exploring barriers, facilitators, desired clinician qualities, and future directions. Gips, A, et al. Pubmed <i>Palliative & Supportive Care</i> 2022	Estudio cualitativo de entrevistas semiestructuradas	Describir las cualidades percibidas de los proveedores de cuidados paliativos (CP) exitosos en el servicio de urgencias (SU), las barreras y los facilitadores de los CP en el SU, y las perspectivas de los médicos sobre el futuro de los CP en el SU.	Cinco cualidades clave en los profesionales de cuidados paliativos en el servicio de urgencias: la autonomía en la toma de decisiones, la competencia clínica, la flexibilidad para adaptarse al entorno, la rapidez en la actuación y el dominio del lenguaje y la cultura propia de urgencias, lo que facilita la integración con el equipo. Cuatro barreras principales: el entorno caótico y de alta presión del servicio de urgencias, la falta de disponibilidad continua de profesionales de cuidados paliativos, la percepción limitada o inadecuada de los cuidados paliativos por parte del personal de urgencias y la ausencia de un modelo financiero estructurado que respalde su implementación. Necesidad de modelos innovadores de integración y una mayor automatización de	La integración de los cuidados paliativos en urgencias requiere mejorar la formación, la organización y los modelos de atención, siendo necesario seguir investigando su impacto en la calidad asistencial.

			procesos, así como el desarrollo de estrategias que permitan adaptar los cuidados paliativos al contexto dinámico y complejo del servicio de urgencias.	
Prevalence of patients with unmet palliative care needs in a University Emergency Department in Germany - a cross-sectional screening study Engeleit, K., et al. CINAHL <i>BMC Palliative Care</i> 2025	Estudio observacional transversal	Determinar la prevalencia de pacientes con necesidades paliativas no cubiertas en el servicio de urgencias de un hospital universitario en Alemania, así como evaluar qué proporción de estos pacientes ya recibía cuidados paliativos ambulatorios.	Los motivos de consulta más frecuentes en urgencias fueron la disnea (13,4%), el dolor abdominal (13,3%), el dolor torácico (9,4%), la debilidad o empeoramiento del estado general (6,3%) y la fiebre (6,1%). el 25,7% de los pacientes presentaba al menos una enfermedad limitante de la vida, siendo las más frecuentes las enfermedades oncológicas (42,9%), la insuficiencia cardíaca avanzada (23,9%) y las enfermedades neurológicas o demencia (16,8%). Presentaban dos o más necesidades paliativas no cubiertas el 15,9%. Los factores más frecuentes fueron la respuesta positiva a la pregunta sorpresa (61,1%) y las visitas frecuentes a urgencias o ingresos previos (44,6%).	Una proporción relevante de pacientes atendidos en urgencias presenta necesidades paliativas no cubiertas, mientras que solo una minoría recibe atención paliativa ambulatoria. Esto evidencia una falta de detección y cobertura, destacando la necesidad de integrar los cuidados paliativos en urgencias para mejorar la atención centrada en el paciente.

			Finalmente, solo el 11,6% de los pacientes con necesidades paliativas no cubiertas recibía cuidados paliativos ambulatorios, mientras que un 16,2% desconocía si los recibía.	
Prognostic value of a modified surprise question designed for use in the emergency department setting Haydar, A., et al. CINAHL <i>Stem Cell Research & Therapy</i> 2019	Estudio observacional retrospectivo basado en datos recogidos de forma prospectiva.	Evaluar si la pregunta sorpresa modificada (ED-MSQ) puede predecir la mortalidad intrahospitalaria y el uso de recursos hospitalarios en pacientes ingresados desde urgencias.	El 15% de los pacientes fueron identificados como de alto riesgo ("no me sorprendería que falleciera"). La mortalidad intrahospitalaria fue del 2,6%. El 68% de las muertes ocurrió en el grupo de alto riesgo. Este grupo presentó mayor gravedad clínica y mayor uso de recursos (UCI, medidas de confort y cuidados paliativos). La pregunta sorpresa es útil para descartar la probabilidad de muerte hospitalaria cuando la respuesta es positiva, pero tiene limitada capacidad para identificar correctamente a los pacientes que fallecerán. Los pacientes con respuesta negativa mayor riesgo de uso de recursos hospitalarios y de	La pregunta sorpresa modificada es una herramienta sencilla y útil para identificar en urgencias a pacientes con mayor riesgo de mortalidad y mayor uso de recursos, pudiendo servir como desencadenante para la valoración de necesidades de cuidados paliativos.

			mortalidad intrahospitalaria, permite identificar a pacientes con mayor gravedad y posibles necesidades de cuidados paliativos. El análisis mostró que la mortalidad intrahospitalaria se asoció principalmente con la edad, la estancia hospitalaria, el ingreso en UCI y el uso de medidas de confort. Los pacientes con respuesta favorable (“sí me sorprendería”) tenían menor riesgo de muerte, mientras que el ingreso en UCI y las medidas de confort se relacionaron con un aumento muy significativo de la mortalidad.	
Surprise Question and Performance Status Indicate Urgency of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Cancer at the Emergency Department: An Observational Cohort Study Verhoef, MJ., et al. Scopus	Estudio observacional de cohorte	Evaluar la utilidad de la <i>Pregunta Sorpresa (PS)</i> en pacientes con cáncer avanzado atendidos en urgencias, con el fin de determinar su capacidad para identificar necesidades de cuidados paliativos	El 83% de los pacientes respondió de forma negativa a la Surprise Question (“no me sorprendería”), mientras que el 17% respondió afirmativamente. Los pacientes con respuesta negativa presentaban mayor sintomatología, peor estado clínico y recibían con más frecuencia tratamientos de control de síntomas. Los síntomas más frecuentes fueron dolor, náuseas y disnea.	La <i>Pregunta Sorpresa</i> es útil como cribado, pero mejora al combinarse con ECOG, permitiendo identificar mejor a pacientes con alto riesgo de muerte y necesidad de cuidados paliativos.

<i>Journal of Palliative Medicine</i> 2019		y predecir la mortalidad en el plazo de un año. Se analizó si la combinación de la SQ con otros factores clínicos, especialmente el estado funcional (ECOG), mejora la capacidad predictiva	Se observó un aumento en las decisiones anticipadas de limitación de tratamiento, pasando del 26% al 42,4% tras la atención en urgencias. En cuanto a la mortalidad, falleció el 85% de los pacientes con respuesta negativa (NS) frente al 50% de los pacientes con respuesta positiva (S). Respecto a la supervivencia, los pacientes con respuesta negativa presentaron una mediana de supervivencia de aproximadamente 3 meses, mientras que en los pacientes con respuesta positiva fue de 9 meses. La combinación de respuesta negativa a la <i>Pregunta Sorpresa</i> y un ECOG 3–4 es un fuerte predictor de muerte a corto plazo y permite identificar pacientes con necesidad urgente de cuidados paliativos.	
--	--	---	--	--

Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study Di Leo, S., et al. CINAHL <i>Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine</i> 2019	Estudio cualitativo de entrevistas grupales	Explorar las dificultades en la prestación de cuidados paliativos en el servicio de urgencias desde la perspectiva tanto de los proveedores como de los usuarios, como parte de un proyecto más amplio sobre el desarrollo e implementación de un programa de mejora de la calidad en los servicios de urgencias.	la prioridad principal es aliviar el sufrimiento físico, especialmente el dolor. Sin embargo, los profesionales reconocen dificultades en el manejo emocional y en la comunicación, mientras que los pacientes suelen mostrarse satisfechos con la atención recibida. Los profesionales perciben dificultades al comunicarse con los familiares, especialmente por sus expectativas poco realistas o por la repetición de preguntas. En cambio, los familiares no perciben grandes problemas en la información recibida y, en muchos casos, ya eran conscientes de la gravedad de la situación. Los profesionales consideran que el entorno es inadecuado (falta de intimidad, espacios poco apropiados) y que hay poco tiempo para atender correctamente a estos pacientes. Sin embargo, los pacientes y familiares suelen valorar positivamente el tiempo y la atención recibida.	El estudio concluye que los cuidados paliativos en urgencias son necesarios, pero todavía están poco integrados, existiendo carencias en formación, comunicación y coordinación entre profesionales. Además, se identifican mejoras clave como el desarrollo de vías asistenciales, la formación específica en paliativos y la adecuación del entorno, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención a estos pacientes.
---	--	--	--	---

			identifica barreras en la continuidad asistencial, como la falta de información clínica previa, problemas de comunicación entre profesionales y ausencia de coordinación con otros servicios (como oncología o atención primaria), lo que dificulta una atención adecuada Los profesionales reconocen falta de formación, especialmente en el manejo del dolor y en la comunicación de malas noticias. Aun así, los pacientes y familiares suelen expresar satisfacción con la atención, incluso cuando los síntomas no se controlan completamente.	
Symptom prevalence in palliative care patients admitted to the emergency department: are there differences between patients with cancer and non-cancer illness Cotogni, P., et al.	Estudio observacional	Analizar la prevalencia de síntomas en pacientes paliativos atendidos en el servicio de urgencias y comparar entre pacientes oncológicos y no oncológicos.	Alta prevalencia de síntomas como dolor, disnea y fatiga en urgencias. Diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos. Urgencias como punto frecuente de atención en pacientes paliativos. Necesidad de mejorar el manejo sintomático en urgencias.	Los pacientes paliativos presentan una elevada carga sintomática en urgencias, lo que refuerza la necesidad de integrar cuidados paliativos en estos servicios.

<i>ResearchGate</i> Scopus 2025				
Benefits of emergency department-initiated goals-of-care conversations and palliative consultations among older adults Johnson J., et al. PubMed <i>Annals of Emergency Medicine (ACEP Open)</i>	Estudio observacional	Evaluar los beneficios de iniciar conversaciones sobre objetivos de cuidado y consultas paliativas en el servicio de urgencias en pacientes mayores.	Las urgencias son un punto clave para identificar pacientes con necesidades paliativas. Las conversaciones sobre objetivos de cuidado mejoran la toma de decisiones. Se favorece la planificación anticipada de cuidados. Mejora la calidad de la atención en pacientes al final de la vida.	La implementación de intervenciones paliativas en el servicio de urgencias mejora la atención centrada en el paciente y facilita la toma de decisiones clínicas en situaciones complejas.

Fuente: Elaboración propia basada en los resultados (38-49).