



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ACCESIBILIDAD A CUIDADOS PALIATIVOS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIAS**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

**MÉDICA**

**Autor:** Guerrero Vásquez, María José

**Director:** Bonilla Sierra, Patricia

LOJA

2024



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2024

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Loja, 8 de febrero del 2023

Doctora,

María Irene Carrillo Mayanquer

**Director de la carrera de Medicina**

Ciudad. - Loja

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: (nombre del trabajo) realizado por Nombres y Apellidos completos del autor o autores (as) ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Patricia Bonilla Sierra.

C.I.: 0962804084

Correo electrónico: pbonilla65@utpl.edu.ec

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Nombres y Apellidos completos, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Titulación denominado: : Accesibilidad a cuidados paliativos en el servicio de emergencias, de la carrera de medicina, específicamente de los contenidos comprendidos en: Cuidados paliativos , cuidados paliativos en el servicio de emergencias y barreras para la accesibilidad, siendo Patricia Bonilla Sierra , directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”, en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para

su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....  
Autor: María José Guerrero Vásquez

C.I.: 1104592546

Correo electrónico: [mjguerrero9@utpl.edu.ec](mailto:mjguerrero9@utpl.edu.ec)

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres Mónica y Leonardo, quienes siempre creyeron en mis capacidades, me apoyaron en los momentos más difíciles y estuvieron cada vez que lo necesité. También a mis hermanos Leonardo y Paula por ser mi modelo a seguir e inspirarme cada día. De igual manera dedico mi trabajo a mi mejor amiga Abigail, por estar siempre a mi lado y motivarme a seguir adelante. Finalmente, se la dedico a mis mascotas, que considero integrantes de la familia, por acompañarme todas las noches en mis desvelos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi directora de tesis, la doctora Patricia Bonilla, por siempre estar dispuesta a ayudarme con mi trabajo de titulación y apoyarme en cada paso. De igual manera agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja por brindarme los conocimientos necesarios para culminar con mis estudios y cumplir con el objetivo de llegar a ser médico. También agradezco a todos mis docentes, quienes me han instruido a lo largo de toda la carrera de medicina y me han enseñado valiosos conocimientos que me servirán en mi vida profesional. Finalmente agradezco a mis padres porque gracias a ellos logré todo lo que siempre quise, gracias a su esfuerzo, apoyo y amor incondicional.

## INDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA .....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	III
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
INDICE DE CONTENIDOS .....	VII
INDICE DE TABLAS.....	IX
INDICE DE FIGURAS .....	IX
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
OBJETIVO .....	8
CAPÍTULO UNO .....	9
1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
1.2    Requerimientos gubernamentales.....	11
CAPÍTULO DOS .....	13
2.    CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	13
2.1    Generalidades.....	13
CAPITULO TRES .....	17
3.    BARRERAS PARA LA ACCESIBILIDAD .....	17
3.1    Generalidades.....	17

3.2	Economía .....	18
3.3	Social y cultural.....	19
3.4	Formación profesional.....	20
3.5	Ética y espiritualidad.....	20
	Metodología .....	23
4.	ESTRATEGIA DE BUSQUEDA .....	23
4.1	Formación profesional.....	23
4.2	Criterios de inclusión.....	28
4.3	Criterios de exclusión .....	28
	RESULTADOS .....	30
5.	DIAGRAMA.....	30
5.1	Diagrama de flujo .....	30
5.2	Ecuación de búsqueda .....	30
5.3	Matriz de resultados.....	33
	DISCUSIÓN .....	41
6.	DISCUSIÓN DE LA REVISIÓN.....	41
6.1	Accesibilidad a cuidados paliativos en el DE .....	41
6.2	Limitaciones para el acceso a CP.....	42
6.2.1	Gravedad de la enfermedad .....	42
6.2.2	Comunicación y entorno .....	43
6.2.3	Tiempo de atención .....	44

6.2.4	Información y estigmas .....	44
6.2.5	Personal capacitado y recursos económicos .....	45
6.2.6	Razones medicolegales.....	46
6.3	Necesidades insatisfechas.....	46
CONCLUSIONES .....		47
REFERENCIAS .....		48

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia pico .....	23
Tabla 2. Términos de búsqueda en PubMed y BVS .....	25
Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda y resultados obtenidos a través de los motores de búsqueda PubMed, BVS, Scopus y The Web of Science. ....	30
Tabla 4. Resultados de artículos encontrados en la revisión bibliográfica	33

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de estudios.....	30
--	----

## RESUMEN

**Introducción:** El acceso universal a cuidados paliativos (CP) en el departamento de emergencias (DE) es fundamental, teniendo en cuenta el creciente número de pacientes que requieren de los mismos.

**Objetivo:** La presente revisión bibliográfica busca identificar la accesibilidad de CP para pacientes que acuden al DE, tomando en cuenta las necesidades insatisfechas y los obstáculos para recibirlos.

**Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura a partir del año 2012 en las bases de datos de PubMed, BVS y The Web of Science, además de búsqueda manual. Se incluyó estudios retrospectivos, prospectivos, cualitativos y cuantitativos; de los que se obtuvo 10 artículos que fueron revisados a texto completo.

**Resultados:** Se identificó que hacen falta estudios relacionados con la accesibilidad a CP, sin embargo; se determinó que hay un déficit en la provisión de servicios de CP en el DE, que puede estar asociado con múltiples barreras para el acceso.

**Conclusiones:** El acceso a los servicios especializados en CP dentro del DE aún es limitado, lo cual se manifiesta por la cantidad creciente de pacientes que no pueden acceder a ellos.

*Palabras clave:* cuidados paliativos, accesibilidad a servicios de salud, servicio de emergencias.

## ABSTRACT

**Introduction:** Universal access to palliative care (PC) in the emergency department (ED) is essential, taking into account the growing number of patients who require it.

**Objective:** The present literature review seeks to identify the accessibility of CP for patients who attend the ED, taking into account unmet needs and obstacles to receiving them.

**Methods:** A review of the literature was carried out starting in 2012 in the databases of PubMed, BVS and The Web of Science, in addition to a manual search. Retrospective, prospective, qualitative and quantitative studies were included; from which 10 articles were obtained that were reviewed in full text.

**Results:** It was identified that studies related to CP accessibility are needed, however; It was determined that there is a deficit in the provision of CP services in the ED, which may be associated with multiple barriers to access.

**Conclusions:** Access to specialized PC services within the ED is still limited, which is manifested by the increasing number of patients who cannot access them

*Keywords:* palliative care, accessibility to health services, emergency service

## INTRODUCCIÓN

El servicio de emergencias poco a poco se ha convertido en una puerta de acceso frecuente a la atención en salud, ya que cada día se reciben numerosos pacientes que requieren de una asistencia rápida y eficaz dirigida a resolver padecimientos que pueden representar un riesgo potencial para la vida. Sin embargo, también acuden personas que buscan un alivio rápido de su sufrimiento, dolor o síntomas severos; tal como es el caso de las personas que padecen de enfermedades graves, crónicas y terminales que constantemente sufren de períodos de agudización y malestar intenso.

En las salas de emergencia no se cuenta siempre con el ambiente adecuado ni el tiempo necesario para brindar una atención equitativa y de calidad para todos, ya que en la mayoría de los casos los pacientes paliativos no son considerados como primera prioridad y los profesionales no pueden brindarles una atención rápida ya que el trabajo es extenuante por el número de personas que requieren de atención inmediata.

Por tal motivo, es necesario que dentro de estos servicios hospitalarios exista atención paliativa que sea de calidad y de fácil accesibilidad. Se debe tomar en cuenta que los cuidados paliativos (CP) se definen como el cuidado holístico activo de personas de todas las edades que presentan sufrimiento relacionado con salud asociado a enfermedades o lesiones de todo tipo. De igual manera, el sufrimiento relacionado con la salud es grave cuando no puede aliviarse sin intervención médica y compromete el funcionamiento físico, social, espiritual y/o emocional. Estos cuidados deben incluir la prevención, identificación temprana, evaluación integral y manejo de problemas físicos, dolor, síntomas angustiantes, angustia psicológica, espiritual y necesidades sociales (1).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es importante incorporar el concepto de atención paliativa en los servicios de urgencias y educación al personal de salud para manejar estas situaciones. En varias ocasiones, se realizan procedimientos innecesarios a los pacientes que requieren exclusivamente de cuidados paliativos, generando un impacto emocional al paciente y la familia, escaso control sintomático, necesidades no satisfechas y gran efecto económico en el individuo y sus familiares, considerando que las personas de bajos recursos socioeconómicos son las que tienen menor accesibilidad a los CP. Se estima que anualmente 40 millones de personas, de las cuales 78% viven en países de ingreso bajo y mediano, necesitan recibir CP (2).

A pesar de la importancia de los CP, la implementación de éstos en el servicio de emergencias no es universal y pueden existir desafíos al momento de su implementación. Los CP están completamente infravalorados en la mayoría del mundo, siendo su calidad mínima en las afueras de Norteamérica, Europa y Australia (3).

De igual manera, la participación de los pacientes en los programas de CP puede ser un reto, por múltiples barreras de tipo religioso, ético e incluso se puede ver involucrada la falta de información por parte del personal de salud y de los familiares. No obstante, se debe recalcar que un ingreso oportuno por parte de la persona enferma a estos cuidados puede reducir de forma significativa los gastos personales o familiares, la asistencia a consultas médicas en atención primaria y permite al paciente estar más tiempo en su hogar, evitando así una muerte traumática intrahospitalaria sin el acompañamiento de sus seres queridos (4).

Dentro de las patologías de mayor impacto a nivel mundial que requieren de CP en el servicio de emergencias es el cáncer. Este se ha convertido en una de las

enfermedades más prevalentes con altos índices de mortalidad y por tanto una de las causas más frecuentes de visita al área de emergencias hospitalaria. Es la segunda causa de muerte en el mundo y en 2018 ocasionó 9,6 millones de defunciones (5).

Las visitas por parte de estos pacientes a menudo requieren de hospitalización que termina en muerte intrahospitalaria, que podría ser evitada gracias a una planificación previa por parte del paciente, su familia, el personal de salud y una toma de decisiones adecuada. Uno de los motivos de consulta más frecuentes en estas circunstancias son el dolor, dificultad respiratoria, problemas gastrointestinales, fatiga, progresión de la enfermedad, delirio y pérdida del conocimiento (6).

Adicionalmente el COVID 19 ha sido una de las patologías de mayor importancia desde el año 2019 hasta la actualidad, que ha ocasionado la muerte de millones de personas a lo largo del mundo, siendo uno de sus mayores problemas la presencia de un síndrome de dificultad respiratoria aguda grave y complicaciones que requieren de atención inmediata.

El servicio de emergencias ha desempeñado uno de los papeles más importantes en cuanto a la estabilización y manejo de estos pacientes, de los cuales la mayoría terminó falleciendo por complicaciones, falta de recursos hospitalarios y saturación de los servicios de salud. Los CP constituyeron un componente clave en la atención, enfocándose en el tratamiento sintomático, el acompañamiento de las familias afectadas y el apoyo durante el duelo (7).

## JUSTIFICACIÓN

La atención en el servicio de emergencias es mundialmente reconocida por tratar a pacientes en estado grave en salud que necesitan de atención inmediata para salvar su vida. Sin embargo, en la actualidad también se ha convertido en una puerta de acceso para personas con enfermedades graves que presentan síntomas de difícil control y requieren de cuidados paliativos.

Una persona con enfermedad terminal o sufrimiento intenso merece tener una total accesibilidad a la atención que necesita con el fin de aliviar el sufrimiento grave en salud y mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta que un creciente número de pacientes en sus últimos momentos, buscan atención médica en el área de emergencias.

En la presente revisión bibliográfica se busca identificar la accesibilidad a los servicios de CP en el departamento de emergencias, con una mirada hacia la determinación de posibles limitantes para el acceso y las necesidades no satisfechas a cabalidad durante el proceso.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la accesibilidad a cuidados paliativos que tienen los pacientes que acuden al departamento de emergencias?

## **OBJETIVO**

Identificar la accesibilidad de cuidados paliativos para pacientes que acuden al servicio de emergencias.

## CAPÍTULO UNO

### 1. CUIDADOS PALIATIVOS

#### 1.1 Definición

A nivel mundial se estima que alrededor de 56.8 millones de personas requieren de cuidados paliativos, incluyendo 25.7 millones en el último año de vida. La necesidad de CP empieza en el curso de una enfermedad potencialmente mortal. En la actualidad hay un mayor número de personas recibiendo estos cuidados en comparación de hace seis años, pasando de 16.000 servicios que atienden a 3 millones de pacientes a más de 25.000 servicios dedicados a la atención de más de 7 millones de pacientes (3)

Los CP han tenido una amplia variedad de definiciones, las cuales han ido cambiando a lo largo de los años. Anteriormente se creía que solo debían ser aplicados al final de la vida, sin embargo, los pacientes pueden recibirlos en etapas tempranas de su enfermedad y estos no acaban con la muerte del individuo. También se incluyen a los seres queridos de la persona enferma en el transcurso de la patología y finalmente mediante el apoyo durante el duelo (1)

Después de un largo periodo de desacuerdos en cuanto a una definición que englobe todos los aspectos importantes de los cuidados paliativos, se llegó a un consenso. Determinando así, que es el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con sufrimiento grave en salud, que es severo cuando no puede aliviarse sin intervención médica y también cuando compromete el funcionamiento físico, social, espiritual y/o emocional. Incluye prevención, identificación temprana, evaluación integral y manejo de problemas físicos, incluido el dolor, síntomas angustiantes, angustia psicológica, angustia espiritual y necesidades sociales (1)

Se requiere de un equipo multidisciplinario de profesionales tales como

médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas e incluso consejeros espirituales. La red de personas que integran estos cuidados debe tener una comunicación continua entre ellas, el paciente y sus familiares con el fin de que esta etapa traumática se convierta en una experiencia más tolerable para todos.

De igual manera, no solo deben ser incluidos en un centro de salud u hospital de tercer nivel con un servicio netamente dedicado a estos cuidados, si no que pueden estar presentes en todo lugar ya sea en centros de salud, unidades de cuidados paliativos, consultas externas, departamentos de emergencia, unidad de cuidados intensivos, grupos de atención ambulatoria y hospicios (8)

En todo el proceso de la enfermedad, los CP buscan tratar varios aspectos, no solo físicos como es el caso de aliviar los síntomas de difícil control, sino que también incluyen la parte espiritual y psicosocial del individuo. De igual manera es de suma importancia establecer una relación de confianza entre el paciente y el personal de salud porque esto va a permitir una toma de decisiones anticipadas adecuadas, generando un ambiente de tranquilidad y aceptación por parte de la persona enferma y sus familiares.

-Dentro de las características más importantes de los cuidados paliativos, se incluyen las siguientes:

-Brindan el apoyo suficiente para permitir a los pacientes vivir plenamente hasta el día de su muerte, facilitando una comunicación adecuada, permitiéndoles a ellos y sus seres queridos determinar los objetivos de la atención.

-Se pueden aplicar en el transcurso de una enfermedad, de acuerdo con las necesidades de la persona, junto con terapias que modifiquen el padecimiento, siempre que sea necesario.

-No tienen la intención de acelerar la muerte o prolongar la vida, si no que

permiten reafirmarla y que se identifique a la muerte como un proceso natural.

-Buscan brindar apoyo a los seres queridos del paciente durante la enfermedad y finalmente en el proceso de duelo.

-Buscan reconocer y respetar las creencias y valores del paciente y su familia.

-Pueden ser aplicables en cualquier entorno de salud, incluyendo residencias, instituciones, niveles de atención primarios, secundarios y terciarios.

-Son proporcionados por profesionales con una formación básica en cuidados paliativos, sin embargo, es necesaria la presencia de un especialista, junto con su equipo multiprofesional con el fin de realizar derivaciones de casos complejos en situaciones que lo ameriten (1).

Con el fin de obtener una atención de calidad, los integrantes de esta red de cuidados deben ser ampliamente capacitados. Aproximadamente 400,000 profesionales de salud se involucran en el campo de cuidados paliativos, lo cual constituye el 0.9% del total mundial, considerando que se recomienda al menos 2 especialistas en CP por cada 100.000 habitantes (9).

El personal de salud no debe contar solo con la habilidad de tratar síntomas de difícil control mediante el manejo de analgésicos, opiáceos, entre otros medicamentos; si no, que también deben adquirir habilidades sociales tales como la capacidad de brindar de forma empática malas noticias y saber dar apoyo en momentos difíciles, sin crear falsas expectativas o generar preocupaciones innecesarias en el paciente y su familia.

## **1.2 Requerimientos gubernamentales**

No es de menor importancia incluir a los requerimientos gubernamentales en esta investigación, ya que para que la práctica de cuidados paliativos en un país sea posible, se requiere no solamente del apoyo de los profesionales de salud, sino

también del gobierno. Esto con el fin de tener prácticas seguras y asequibles para todos. Por lo tanto, para lograr la integración de estos cuidados, los gobiernos deberían:

- Adoptar políticas y normas adecuadas que incluyan a estos cuidados en las leyes, programas y presupuestos nacionales de salud.

- Integrar en los planes de seguro a los CP, garantizar la accesibilidad a medicamentos y dispositivos esenciales para aliviar los síntomas de difícil control, tales como el dolor.

- Garantizar la presencia de atención paliativa en todos los servicios de atención en salud, incluyendo el personal adecuado para brindarlos.

- Garantizar el acceso universal a los CP, especialmente en grupos vulnerables.

- Impulsar la investigación, capacitación y actualización constante en cuidados paliativos a nivel hospitalario y universitario (1).

Cabe recalcar que uno de los componentes más importantes de la atención en CP son las políticas públicas. Estas deben saber integrar a todos los profesionales en las distintas áreas de trabajo de manera organizada con el fin de obtener una amplia disponibilidad y accesibilidad sin distinciones, incluso para personas que viven en el medio rural y aquellas de bajos recursos.

Se debe considerar también que la economía de un país tiene un alto impacto en la planificación de la aplicación de estos servicios, por lo cual un manejo adecuado de los recursos económicos es imprescindible. Adicionalmente la capacitación y actualización constante de los profesionales de salud es fundamental y debe ser proporcionada por el gobierno. La planificación de simposios, maestrías e incluso cursos internacionales que permitan compartir conocimientos con otros países que tengan una mayor experticia en este campo facilitará el aprendizaje y desarrollo.

## CAPÍTULO DOS

### 2. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

#### 2.1 Generalidades

La visita al DE es cada vez mayor, presentándose por lo menos una vez durante la enfermedad, en los pacientes con necesidad de CP. La cantidad de personas que acuden a este servicio va en aumento como resultado del constante envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades terminales y una mayor expectativa de vida. Según Nursah Basol, en un estudio denominado "health retirement study" se identificó que un 75% de los pacientes mayores de 65 años visitaron el servicio de emergencias en sus últimos 6 meses de vida y 51% en su último mes (8).

Esta amplia demanda de CP puede resultar un desafío para los médicos porque en la mayoría de los casos no se considera a los pacientes con enfermedades catastróficas o de difícil control como una prioridad ni se tiene el tiempo o recursos necesarios para darles una atención eficaz.

En comparación con otras patologías en las cuales se necesita de tratamiento inmediato, tal como es el caso de los pacientes politraumatizados; las personas con síntomas de difícil control muchas veces son olvidadas o se les indican tratamientos innecesarios. Según un estudio realizado por Straeuli y colaboradores, se identificó que el 13% de los pacientes en el servicio de emergencias presentaron síntomas que requirieron de tratamiento paliativo (10).

De igual manera, la mayoría de las visitas al DE por parte de los pacientes paliativos son por motivos de alivio sintomático del dolor, disnea, vómitos, fatiga, ansiedad, delirium, pérdida de conciencia y alteraciones gastrointestinales. Según un artículo realizado por Verhoef y colaboradores, una de las razones principales para

acudir a emergencias en los últimos 2 meses de vida, es la incapacidad de tratar la situación en el hogar (6)

El departamento de emergencias no solo se enfoca en dar alivio sintomático rápido, sino que también es clave para determinar cuándo se deben iniciar los CP permanentes en un paciente y hacia donde irá dirigida la atención a lo largo de toda la enfermedad.

Una identificación oportuna de los individuos con requerimientos de estos cuidados permitirá establecer objetivos de atención y realizar derivaciones oportunas a los especialistas que sean capaces de cumplir con los mismos. Esto permite al paciente tener una mejor calidad de vida, reducirá las hospitalizaciones y visitas innecesarias al departamento de emergencias, evitará gastos excesivos o la posible administración de tratamientos poco beneficiosos y prevendrá un desorden de stress postraumático (11).

Los pacientes oncológicos, son aquellos que más acuden al DE, considerando al cáncer dentro del grupo de enfermedades con mayor necesidad de CP. Según Connor y colaboradores, esta patología constituye un aproximado del 20% de los casos en una población de 52,883,093 adultos y siendo del 4,1% en niños (3).

De los pacientes con este padecimiento, un aproximado del 50% de ellos morirán y el resto tendrá una expectativa de vida mayor. Estas personas requerirán especialmente de atención en CP por la presencia de síntomas de difícil control o problemas multifactoriales que generen incomodidad y sufrimiento (12).

En la población general, gran cantidad de pacientes necesitan de atención no urgente y simplemente se basa en el control sintomático que puede ser manejado en el nivel de atención primaria. Según un estudio realizado en un hospital del norte de Portugal, de una muestra de 135 pacientes, se presentaron 251 episodios de

emergencias, de los cuales 50,2% fueron por problemas respiratorios, 13,5% por dolor, 13,5% por cambios de comportamiento y estado en general y 6,4% por alteraciones gastrointestinales (9).

A pesar de que los pacientes oncológicos pueden recibir CP a nivel domiciliario o incluso en centros de atención primaria, estos acuden al departamento de emergencias por que tanto el paciente como sus cuidadores se sienten más seguros, no tienen una orientación previa en casos de agudización de los síntomas, no poseen los recursos económicos para adquirir los medicamentos necesarios, no tienen tiempo o tienen dificultad para acceder a los servicios de atención.

Adicionalmente, el COVID 19 ha sido una de las patologías de mayor impacto desde el año 2019, siendo la causante de millones de muertes en todo el mundo. También ha tenido repercusiones importantes en la economía de los países al ser la causa de saturación de los servicios de salud y de una alta demanda de recursos intrahospitalarios.

Uno de los objetivos más importantes del tratamiento de esta patología, es el control de los síntomas para aquellos que sufren de descompensaciones severas. Los síntomas más frecuentes son respiratorios, sistémicos y gastrointestinales.

En un estudio realizado en un centro de salud en un hospital holandés, se identificó que los pacientes con COVID 19 en el departamento de emergencias presentaron con mayor frecuencia síntomas respiratorios (71,3 %) y los pacientes en unidades médicas agudas tuvieron síntomas relacionados con el tracto gastrointestinal (21,1 %) (13).

No se debe olvidar el apoyo emocional a las familias afligidas, que en la mayoría de los casos se les fue negada la posibilidad de comunicarse o ver a su ser querido por motivos del distanciamiento social, cuyo objetivo fue evitar la propagación

de la enfermedad. Por lo tanto, el contacto cercano con la persona enferma puede generar sufrimiento intenso, ansiedad y miedo en las personas de su entorno familiar y social. De igual manera, se deben proporcionar espacios de acompañamiento y despedida con cautela para facilitar su duelo en caso de ser necesario (14).

## CAPITULO TRES

### 3. BARRERAS PARA LA ACCESIBILIDAD

#### 3.1 Generalidades

Se define a la accesibilidad a servicios de atención en salud como el vínculo o relación que existe entre el usuario con los servicios de salud y su capacidad para acceder a ellos oportunamente. En dicho concepto se presentan dimensiones geográficas, organizacionales, socioculturales y económicas (15).

A pesar de lo importantes que son los CP, no siempre existe un acceso total a los mismos. Identificar correctamente a los pacientes que los necesitan de manera urgente y poseen limitaciones importantes en su diario vivir puede ser un reto. Así mismo, la familia y el paciente no siempre son educados a tiempo acerca de la toma de decisiones anticipadas y la posible trayectoria de la enfermedad, teniendo en cuenta también la falta de conocimientos por parte del equipo multidisciplinario de atención.

Adicionalmente, el departamento de emergencias puede ser un entorno incómodo para las personas en estado de agonía. Pueden ser tomados en cuenta como una baja prioridad y por motivos de tiempo o demanda de otros pacientes, no son tratados rápidamente. En consecuencia, no se trabaja en la construcción de una relación médico paciente adecuada y por lo tanto la persona no se siente lo suficientemente cómoda para tener una conversación apropiada con el personal de salud y discutir acerca del manejo o la trayectoria de su enfermedad (6).

El aspecto económico de cada familia que gestionará la atención de su ser querido o incluso la disponibilidad de recursos del centro de atención tiene una influencia importante en la posibilidad de que el individuo pueda acceder a los cuidados paliativos. De igual manera no se debe olvidar la parte ética, religiosa y

cultural porque también desempeñan un papel importante en la toma de decisiones por parte del paciente y sus cuidadores acerca de la posibilidad de que se reciba la atención paliativa que necesita.

### **3.2 Economía**

En el ámbito económico se debe mencionar que la falta de recursos hospitalarios puede constituir un obstáculo importante en el acceso a CP en el departamento de emergencias. Las crisis económicas de los países influyen en el abastecimiento de los diversos centros de atención médica, lo cual tiene un mayor impacto en el sector público y afecta especialmente a personas de bajos recursos cuya atención en salud depende del estado.

Se presume que más de un 75% de la población fallecerá por el avance de una o varias condiciones crónicas de salud, por lo cual los costos que conlleva una cronicidad avanzada deben ser muy importantes, teniendo en consideración que los mismos no garantizan en su totalidad las preferencias de la persona enferma ni satisfacen sus necesidades (16).

La Organización Mundial de la Salud estableció que los 11 síntomas que más presentan los pacientes con necesidad de CP son la anorexia, constipación, ansiedad, depresión, delirio, fatiga, vómitos, secreciones respiratorias, diarrea, dolor y disnea (17).

Por lo tanto, para paliar estos síntomas se requiere de una amplia variedad de recursos como oxígeno, bombas de infusión y medicamentos tales como opiáceos, benzodiazepinas, anestésicos, antiinflamatorios, anticonvulsivantes, entre otros. Sin embargo, estos pueden llegar a tener altos costos para el paciente y su familia, quienes no siempre cuentan con el dinero necesario para costearlos.

### 3.3 Social y cultural

Durante la planificación de los CP, es importante la comunicación médico paciente con el fin de establecer una relación de confianza que contribuya a la toma de decisiones anticipadas, a la determinación de posibles tratamientos según los deseos del individuo y al enfoque que se tendrá durante todo el trayecto de la enfermedad (17).

Desafortunadamente, aún existen mal entendidos al momento de ofrecer atención paliativa a los pacientes ya que se sigue creyendo que estos cuidados solo se dan en pacientes moribundos y cuando no existe remedio alguno para el padecimiento. De igual manera existen estigmas al momento de la autorización para el uso de medicamentos opioides sedantes, entre otros tratamientos que pueden ser vistos como adictivos o como un tipo de asesinato.

En encuestas realizadas a un total de 592 participantes, se identificó que en más del 50% de los casos la gente tuvo diversas opiniones, tales como: los CP tratan el dolor con drogas adictivas, las personas destinadas a recibirlos son aquellos que están muriendo, solo se puede recibir de ellos en el hospital, se deben suspender otros tratamientos para acceder a un tratamiento paliativo y estos solo son para pacientes que cuentan con familiares que se encarguen de su cuidado.

Los pacientes y sus cuidadores tienen establecidas creencias o vivencias culturales que podrían llegar a perjudicar la accesibilidad a la atención paliativa. Las creencias culturales del dolor y la muerte influyen en las actitudes y preferencias de los pacientes.

En un estudio realizado en Taiwán, se identificó que en el 70% de los casos los familiares del paciente no querían hablar sobre el final de vida. El 56% tenía la

creencia de que las cosas malas suceden después de decirlas en voz alta y así evitaron discutir sobre la trayectoria y manejo de la enfermedad (18).

### **3.4 Formación profesional**

Un componente necesario para una apropiada práctica de CP es el conocimiento del profesional de salud en dicha área. Se considera que existen habilidades de nivel primario, las cuales posee cualquier médico no especialista en CP y se enfocan en el manejo básico del dolor u otros síntomas, comunicación de malas noticias y manejo de muerte inminente.

Mientras que las habilidades de nivel secundario son técnicas más especializadas, aplicadas por médicos expertos en CP que se enfocan en el manejo de síntomas refractarios, sedación paliativa y resolución de problemas éticos (19).

En un estudio realizado en Nueva York sobre médicos residentes en el servicio de emergencias reveló que solo la mitad de ellos terminaron alguna formación en CP antes de la residencia y 71% estuvieron de acuerdo con que las competencias en atención paliativa son muy importantes para los médicos de emergencias. Adicionalmente se identificó que dos barreras significativas en la enseñanza de CP hacia los residentes fueron la falta de dominio de CP entre los profesores, así como la falta de interés de los mismos (20).

Una formación pobre en atención paliativa puede llevar al profesional a tomar decisiones erróneas que perjudiquen al paciente y a sus familias. Conlleva de igual manera a la administración de tratamientos innecesarios, a una mala relación con el paciente, a una comunicación deficiente de malas noticias y problemas ético-legales.

### **3.5 Ética y espiritualidad**

El consentimiento informado es un documento médico legal que informa al paciente de manera clara y detallada acerca de los procedimientos que se le

realizarán. Dicho documento permite respetar el principio de autonomía y reafirmar el papel del individuo como el principal encargado de decidir por su vida (21).

Sin embargo, existen situaciones en las cuales las personas alrededor del enfermo adoptan una actitud paternalista en la cual se cree que todo lo que ellos digan está bien y no se toma en cuenta la opinión del mismo paciente.

La ley de autonomía del paciente regula el derecho a recibir información completa y veraz, el derecho a conocer cualquier acto que se le realizará o se le realizó en el área de salud y también el derecho a que su voluntad sea respetada en caso de no desear ser informado. Se debe respetar siempre el principio de autonomía y tener en mente los principios de beneficencia y no maleficencia.

La espiritualidad es el área por la cual los individuos buscan y expresan el propósito de sus vidas por medio de creencias profundas y sentimientos. En contraste con la religión, definida como un código de conducta que engloba a divinidades, creencias, símbolos y prácticas rituales que les permiten acercarse a lo sagrado según la perspectiva de cada uno.

Los pacientes y sus seres queridos muchas veces para poder sobrellevar la situación por la cual transcurren mantienen su estabilidad espiritual por medio de prácticas o creencias que generen fe y alimenten su alma.

En un estudio realizado con 20 cuidadores de pacientes oncológicos se identificó que cuando los comportamientos religiosos y las creencias se ven afectadas, pueden presentarse consecuencias nocivas para el individuo como cuestionar la relación de lo divino, cuestionar la existencia y considerar a la experiencia como un castigo divino (13).

En otro estudio realizado en 70 cuidadores familiares de pacientes evidenciaron que a pesar de que el cáncer provocó muchas preocupaciones acerca

de la existencia, las creencias religiosas les ayudaron a mantenerlos ajustados para su bienestar (22)

## METODOLOGÍA

### 4. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

#### 4.1 Formación profesional

Para iniciar la revisión bibliográfica, se realizó la estrategia PICO (población, intervención, comparación y resultados con el fin de obtener la pregunta de investigación e identificar los términos seleccionados para realizar las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos y formular el objetivo general. (Tabla 1)

Adicionalmente se utilizó la declaración PRISMA para realizar un scoping review, tomando en cuenta la lista de verificación y la explicación de PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews).

**Tabla 1.** Estrategia pico

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Población</b>	<b>Intervención</b>	<b>Comparación</b>	<b>Resultados</b>
Pacientes del servicio de emergencias	Cuidados paliativos	No aplica	Accesibilidad
Pregunta: ¿Cuál es la accesibilidad a cuidados paliativos que tienen los pacientes que acuden al departamento de emergencias?			

Se realizó la investigación a través de los motores de búsqueda PubMed, BVS (Biblioteca Virtual de Salud), Scopus y The Web of Science. Los descriptores utilizados fueron cuidados paliativos, servicio de emergencias y acceso a servicios de salud. Se construyó las tablas con los términos según los motores de búsqueda previamente establecidos, tanto en español como en inglés. De igual manera se realizó una búsqueda manual en journals, relacionados al tema.

En PubMed, se utilizaron los términos "Palliative care", "Emergency room" y "Health Services Accessibility", en BVS se utilizó "Cuidados Paliativos" y "Servicios Médicos de Urgencia", en The Web of Science se incluyó a "palliative care" y "Emergency room" y en Scopus los términos "palliative care", "emergency department" y "health services accessibility". (Tabla 2)

Se realizó una ecuación con todos los términos Mesh de "palliative care" utilizando el operador booleano OR y se repitió el mismo procedimiento con los términos de "emergency room". A continuación, se procedió a unificar ambas ecuaciones con el operador booleano AND, donde se obtuvieron 1114 resultados. De igual manera se incluyó otra fórmula, en la cual se añadió el término de accesibilidad a los servicios de salud (Health Services Accessibility Health), obteniendo 0 resultados.

Se accedió a la biblioteca virtual de salud BVS donde se identificaron los términos DeCS a utilizar y se realizaron dos ecuaciones, de las cuales se obtuvo un total de 29 artículos, tomando en cuenta los filtros previamente establecidos. (Tabla 2)

Se ingresó al motor de búsqueda The Web of Science, donde se ingresaron los términos "palliative care" y "emergency room" con el fin de identificar sinónimos en varios de los artículos obtenidos, con lo cual se identificó que en varias bibliografías se utilizaron esos términos como palabras clave, por lo tanto, se usaron ambos términos y se continuó con la búsqueda, obteniendo 65 resultados con todos los filtros aplicados. Finalmente se colocaron los términos "palliative care", "emergency department" y "health services accessibility" en Scopus, con lo cual se obtuvieron 5 resultados.

Se revisaron los 224 artículos por título y resumen, de los cuales 6 se repitieron

y 190 de ellos no cumplían con los criterios de inclusión. Finalmente se prosiguió a revisar por texto completo un total de 20 artículos, de los cuales 10 cumplieron con los criterios de inclusión y tuvieron relación con el objetivo de la revisión. La búsqueda fue realizada desde el 20 de diciembre de 2022 al 31 de enero de 2023.

**Tabla 2.** Términos de búsqueda en PubMed y BVS

Motor de búsqueda: PubMed			
Variable	Término en Inglés	MeSH	Sinónimo en Inglés
1.Cuidados Paliativos	Palliative care	"Care, Palliative" "Palliative Treatment" "Palliative Treatments" "Treatment, Palliative" "Treatments,Palliative" "Therapy, Palliative" "Palliative Therapy" "Palliative Supportive Care" "Supportive Care, Palliative" "Palliative Surgery" "Surgery, Palliative"	Palliative Care
	Terminal Care	"Care, Terminal" "End of Life Care" "End-Of-Life Care" "Care, End-Of-Life" "End-Of-Life Cares"	Terminal Care
2.Sala de emergencias	Emergency room	"Emergency Services, Hospital" "Hospital Emergency Services" "Services, Hospital Emergency" "Emergency Hospital Service" "Emergency Hospital Services" "Hospital Service, Emergency" "Hospital Services, Emergency" "Service, Emergency Hospital" "Services, Emergency Hospital" "Hospital Service Emergency" "Emergencies, Hospital Service"	Emergencyroom

		<p>"Emergency, Hospital Service"</p> <p>"Hospital Service Emergencies"</p> <p>"Service Emergencies, Hospital"</p> <p>"Service Emergency, Hospital"</p> <p>"Hospital Emergency Service"</p> <p>"Emergency Units"</p> <p>"Emergency Unit"</p> <p>"Unit, Emergency"</p> <p>"Units, Emergency"</p> <p>"Service, Hospital Emergency"</p> <p>"Accident and Emergency Department"</p> <p>"Emergency Ward"</p> <p>"Emergency Wards"</p> <p>"Ward, Emergency"</p> <p>"Wards, Emergency"</p> <p>"Emergency Departments"</p> <p>"Department, Emergency"</p> <p>"Departments, Emergency"</p> <p>"Emergency Department"</p> <p>"Emergency Room"</p> <p>"Emergency Rooms"</p> <p>"Room, Emergency"</p> <p>"Rooms, Emergency"</p> <p>"Emergency Outpatient Unit"</p> <p>"Emergency Outpatient Units"</p> <p>"Outpatient Unit, Emergency"</p> <p>"Outpatient Units, Emergency"</p> <p>"Unit, Emergency Outpatient"</p> <p>"Units, Emergency Outpatient"</p>	
3.Accesibilidad a los servicios de salud	Health Services Accessibility	<p>"Accessibilities, Health Services"</p> <p>"Access to Health Services"</p> <p>"Access to Care"</p> <p>"Access to Cares"</p> <p>"Care, Access to"</p> <p>"Cares, Access to"</p> <p>"Accessibility of Health Services"</p> <p>"Accessibility, Health Services"</p> <p>"Availability of Health Services"</p>	Health Services Accessibility

		<p>"Health Services Availability"</p> <p>"Access To Care, Health"</p> <p>"Access to Health Care"</p> <p>"Health Services Geographic Accessibility"</p> <p>"Access to Therapy"</p> <p>"Access to Therapies"</p> <p>"Therapy, Access to"</p> <p>"Access to Treatment"</p> <p>"Access to Treatments"</p> <p>"Treatment, Access to"</p> <p>"Access to Medicines"</p> <p>"Access to Medicine"</p> <p>"Medicine, Access to"</p> <p>"Medicines, Access to"</p> <p>"Access to Medications"</p> <p>"Access to Medication"</p> <p>"Medication, Access to"</p> <p>"Medication Access"</p> <p>"Access, Medication"</p> <p>"Medication Accesses"</p> <p>"Program Accessibility"</p> <p>"Accessibility, Program"</p>	
<b>Motor de búsqueda: BVS</b>			
<b>Variable</b>	<b>Término en español</b>	<b>DeCS</b>	<b>Sinónimo en español</b>
1. Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos	<p>"Apoyo en Cuidados Paliativos"</p> <p>"Asistencia Paliativa de Apoyo"</p> <p>"Atención Paliativa"</p> <p>"Tratamiento Paliativo"</p>	
2. Servicio de Emergencias	Servicios Médicos de Urgencia	<p>"Asistencia de Urgencias"</p> <p>"Atención Prehospitalaria de Urgencias"</p> <p>"Atención de Emergencia Prehospitalaria"</p> <p>"Atención de Emergencias"</p>	

		Prehospitalarias" "Atención de Urgencia Prehospitalaria" "Atención de Urgencias Prehospitalarias" "Atención en Urgencias" "Centro de Urgencia" "Centro de Urgencias" "Centros de Urgencia" "Centros de Urgencias" "Servicios de Atención de Urgencia" "Servicios de Atención de Urgencias" "Servicios de Salud de Urgencia"	
Motor de Búsqueda: The Web of Science			
Variable	<b>Término en inglés</b>	<b>Sinónimos en inglés</b>	-
1.Cuidados Paliativos	Palliative care	Terminal care	-
2. Servicio de Emergencias	Emergency room	Emergency room	-

#### 4.2 Criterios de inclusión

- Artículos publicados en los últimos 10 años
- Estudios revisados por pares
- Artículos en idioma inglés y español
- Estudios primarios de tipo ensayo clínico y estudios observacionales
- Estudios clínicos prospectivos y retrospectivos.

#### 4.3 Criterios de exclusión

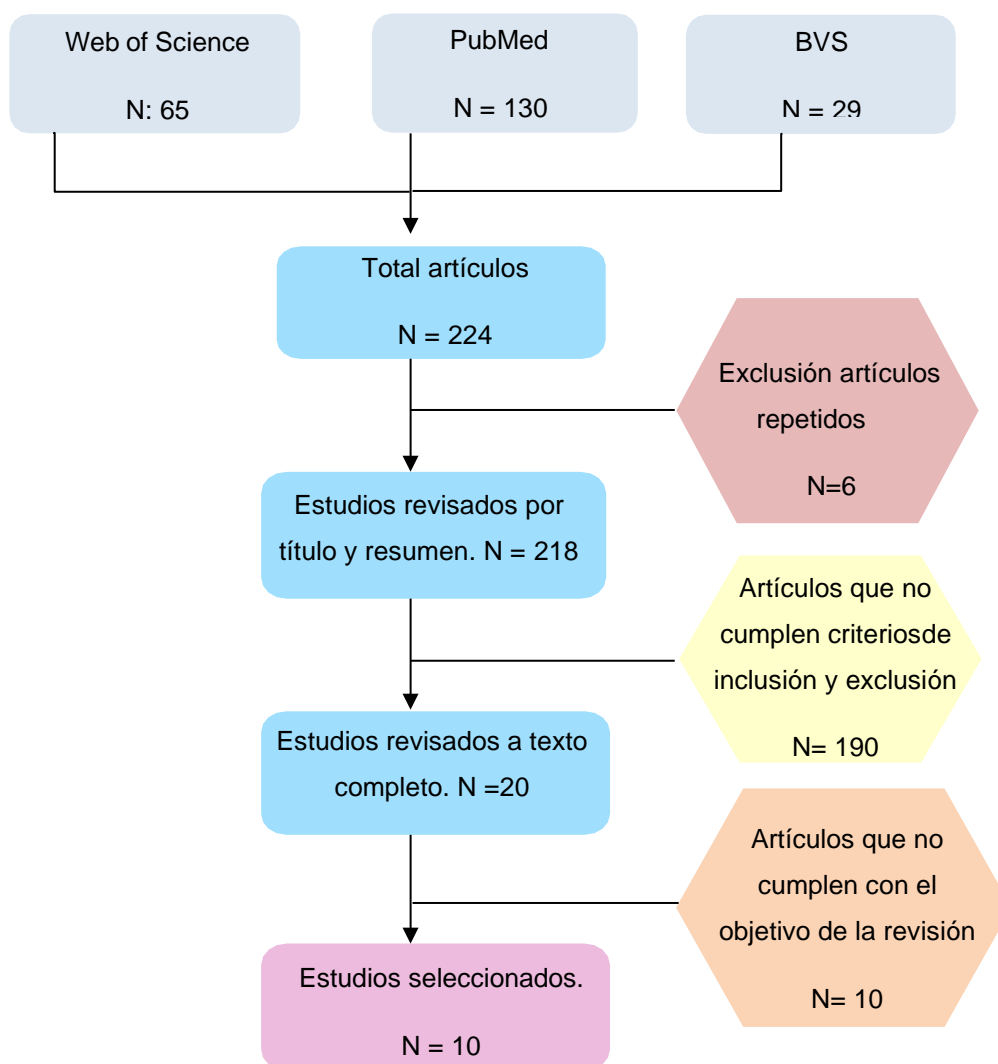
- Artículos de texto incompleto
- Artículos repetidos en otras bases de datos

- Artículos de revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Artículos mayores de 10 años
- Artículos de literatura gris

## RESULTADOS

### 5. DIAGRAMA

#### 5.1 Diagrama de flujo



**Figura 1.** Diagrama de flujo para la selección de estudios

#### 5.2 Ecuación de búsqueda

**Tabla 3.** Ecuaciones de búsqueda y resultados obtenidos a través de los motores de búsqueda PubMed, BVS, Scopus y The Web of Science.

PubMed	Ecuación	Filtros o limitadores	Artículos encontrados
Ecuación 1	(((emergency room[Title/Abstract]) OR (emergency department[Title/Abstract])) OR (emergency hospital service[Title/Abstract]))	Sin filtros	1114
		Artículos libres	1076

	AND (((palliative care[Title/Abstract] OR (terminal care[Title/Abstract])) OR (end of life care[Title/Abstract])) OR (palliativesupportive care[Title/Abstract]))	Últimos 10 años	940
		No revisiones sistemáticas ni metaanálisis	130
		Artículos en inglés, español y portugués	130
Ecuación 2	((Palliative care[Title/Abstract] AND (Emergency department[Title/Abstract])) AND (Health services accessibility[Title/Abstract]))	Sin filtros	0
		Artículos libres	0
		Últimos 10 años	0
		No revisiones sistemáticas ni metaanálisis	0
TOTAL PubMed			130
BVS	Ecuación	Filtros o limitadores	Artículos encontrados
Ecuación 1.	(cuidados paliativos) AND (servicio de urgencia en hospital) AND (accesibilidad a los servicios de salud)	Descriptores en título, resumen y asunto	18
		Artículos de los últimos 10 años	13
		Artículos de acceso libre o de acceso a través de la biblioteca de la UTP	10
		No revisiones sistemáticas ni metaanálisis	7
		Artículos en inglés español y portugués	7
Ecuación 2.	(ti:(Cuidados paliativos)) OR (ti:(Atención Paliativa)) AND (ti:(Servicio de Urgencia en Hospital)) OR (ti:(Servicios de Atención de Urgencias))	Descriptores en título	65
		Artículos de los últimos 10 años	58
		Artículos de acceso libre o de acceso a través de la biblioteca de la UTP	49

		No revisiones sistemáticas ni metaanálisis	22
		Artículos en inglés, español y portugués	22
TOTAL, BVS			29
Web of Science			
Ecuación 1	((TI=(palliative care)) OR TI=(Terminal care)) AND TI=(Emergency department)	Descriptores en título	181
		Artículos de los últimos 10 años	167
		Artículos de acceso libre o de acceso a través de la biblioteca de la UTPL	72
		No revisiones sistemáticas ni metaanálisis	65
		Artículos en inglés , portugués y español	65
Total The Web of Science			65
<b>TOTAL de PubMed, BVS , Web of Science</b>			<b>246</b>

### 5.3 Matriz de resultados

**Tabla 4.** Resultados de artículos encontrados en la revisión bibliográfica

N	Autor	Link/ DOI	Título	País/ Año	Tipo de estudio	Tamaño de muestra	Objetivo del estudio	Conclusiones
1	(Brickey et al., 2022). (4)	<a href="https://doi.org/10.1186/s12904-021-00899-9">https://doi.org/10.1186/s12904-021-00899-9</a>	Barriers to Recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub- study of a multi-site, randomized controlled trial.	Estados Unidos/ 2022	Estudio descriptivo	504 pacientes	Explorar las barreras para inscribir a pacientes gravemente enfermos en programas de CP, cuando son planificados para el alta del servicio de urgencias.	El modo de prestación de la atención, la gravedad de la enfermedad y los conceptos erróneos relacionados con los CP impidieron a los pacientes participar en programas de CP después de acceder al servicio de emergencias .
2	(Marcelin et al., 2018) (23)	<a href="https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.421">https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.421</a>	Palliative Care Needs of Advanced Cancer Patients in the Emergency Department (ED)	2018	Estudio observacional prospectivo	346 pacientes con cáncer avanzado inscritos en el DE	Evaluar las necesidades de CP y los resultados de los pacientes que acuden al servicio de urgencias con	Existió una necesidad importante en el servicio de emergencias de CP ya que varios de los pacientes con cáncer

							cáncer avanzado o metastásico.	avanzado no tuvo acceso a ellos ni tampoco al servicio de hospicios.
3	(Nalugya et al., 2021) (24)	<a href="https://doi.org/10.1016/j.afjem.2021.06.005">https://doi.org/10.1016/j.afjem.2021.06.005</a>	Factors affecting initiation of palliative care in a Ugandan Emergency Department	Uganda/2021	Estudio cuantitativo y prospectivo	86 pacientes	Comprender mejor las barreras subyacentes que rodean el inicio de los CP en el servicio de emergencia de Uganda.	Existieron barreras importantes para el inicio de CP en el servicio de urgencias de Uganda, relacionadas con el diagnóstico de la enfermedad de cada paciente. Los pacientes oncológicos tuvieron mayor acceso comparados con los no oncológicos.
4	(di Leo et al., 2019) (25)	<a href="https://doi.org/10.1186/s13049-019-0662-y">https://doi.org/10.1186/s13049-019-0662-y</a>	Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study	Italia/2019	Estudio cualitativo	En este estudio participaron 21 profesionales sanitarios, 6	Explorar los problemas en la prestación de cuidados paliativos en el DE desde la perspectiva tanto de los	Según la perspectiva de los profesionales de salud y los pacientes, existieron barreras al

						pacientes y 5 familiares	proveedores como de los usuarios.	momento de la aplicación de CP en el servicio de emergencias . Estas comprendieron barreras de tipo social, emocional, relacionadas al entorno de atención, falta de conocimiento por parte del equipo de atención y la disponibilidad de tiempo.
5	(Kirkland et al., 2021) (26)	<a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257501">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257501</a>	Comparison of characteristic and management of emergency department presentations between patients with met and unmet palliative care needs	2021/ Canada	Estudio prospectivo	Se evaluaron 663 presentaciones para condiciones al final de la vida, las cuales consistieron en 627 pacientes únicos.	Comparar las características y el manejo del SU de los pacientes identificados con necesidades de cuidados paliativos no satisfechas utilizando una herramienta de detección modificada con aquellos pacientes identificados	Una cantidad considerable de pacientes que acudieron al servicio de emergencias tuvieron necesidades de CP no satisfechas. Adicionalmente, en cuanto a barreras se identificó que para los

							que no tienen necesidades de cuidados paliativos.	médicos, el idioma y la demencia interfirieron en la identificación de pacientes con necesidades no satisfechas, que fueron expresadas en referencia a la falta de control de síntomas, las numerosas visitas al DE u hospitalizaciones, limitación funcional, objetivos de cuidado no esclarecidos acompañados de distress del cuidador y la respuesta de la pregunta sorpresa.
6	(Gips et al., 2022) (27)	<a href="https://doi.org/10.1017/S14789512100">https://doi.org/10.1017/S14789512100</a>	Palliative care in the emergency department: A qualitative	2022	Estudio cualitativo	31 personas	Describir las cualidades percibidas de los proveedores	En el DE existieron barreras para la aplicación de

			study exploring barriers, facilitators, desired clinician qualities, and future directions				de cuidados paliativos (PC) exitosos en el departamento de emergencias (ED), las barreras y facilitadores para ED-PC, y las perspectivas de los médicos sobre el futuro de ED-PC.	CP como el entorno de urgencias, la falta de acceso a proveedores de CP en todo momento, la percepción del personal del DE en referencia a que no es el medio apropiado para aplicarlos y la falta de un modelo financiero de apoyo.
7	(Grudzen, Rihardson et al., 2014) (28)	10.12788/jcso.0040	Barriers to palliative care research for emergency department patients with advanced cancer	2014	Estudio prospectivo	150 pacientes	Identificar las barreras para la inscripción de pacientes de urgencias con cáncer avanzado en la investigación de cuidados paliativos.	Se evidenció que la negativa del paciente y sus familiares, la carga de síntomas, la negativa del médico y las disparidades en el diagnóstico fueron barreras que se pudieron encontrar al reclutar a los

								pacientes con cáncer avanzado que acuden al DE a la investigación de cuidados paliativos.
8	(Wong et al., 2021) (29)	10.1186/s12904-021-00742-1	Attitudes and educational needs of emergency doctors providing palliative and end-of-life care in Hong Kong: a cross-sectional analysis based on a self-report study	Hong Kong/2021	Estudio multicéntrico transversal	145 médicos de emergencia	Evaluar las actitudes de los médicos de urgencias en la prestación de cuidados paliativos y EOL en Hong Kong, e investigar las necesidades educativas de los médicos de urgencias en estas áreas.	Se reconocieron obstáculos en la promoción de cuidados paliativos en los servicios de urgencias de Hong Kong. Entre las limitaciones más frecuentes se identificó el tiempo límite de atención a cada paciente, la falta de especialistas en CP y cuestiones medico legales.
9	(Kamphausen et al., 2019) (30)	10.1155/2019/3456471	Challenges Faced by Prehospital Emergency	2019/ Alemani a	Estudio cualitativo	24 médicos de	Investigar los desafíos que enfrentan los	Se evidenciaron muchos desafíos que

			Physicians Providing Emergency Care to Patients with Advanced Incurable Diseases		prospectivo	emergencias	médicos de emergencia (ME) que brindan atención de emergencia prehospitalaria a pacientes con enfermedades incurables avanzadas y cuidadores familiares en su entorno familiar	enfrentan los médicos de emergencias prehospitalarios que brindan atención a pacientes con enfermedades incurables avanzadas. Entre las barreras se identificó condiciones estructurales, las barreras para una atención óptima centrada en el paciente, la falta de órdenes médicas, las incertidumbres legales, la falta de conocimiento sobre cuidados paliativos, la comprensión limitada de la enfermedad del paciente
--	--	--	--	--	-------------	-------------	--	---

								y el agotamiento.
10	(Lamba et al., 2013) (31)	<a href="https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0402">https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0402</a>	Palliative Care Provision in the Emergency Department: Barriers Reported by Emergency Physicians	Nueva Jersey/ 2013	Estudio prospectivo cuantitativo	30 participantes	Obtener las barreras percibidas por los médicos del DE para la provisión de CP en el DE.	Dentro de las limitaciones más frecuentes para la aplicación de CP en el DE se evidenció la falta de disponibilidad de un equipo paliativo y falta de acceso a servicios médicos registros.

## DISCUSIÓN

### 6. DISCUSIÓN DE LA REVISIÓN

La creciente necesidad de atención paliativa en el DE destinada a pacientes con sufrimiento grave en salud, es un tema que poco a poco ha ido tomando impulso dentro la sociedad y los servicios de salud. Según la OMS, se estima que aproximadamente 40 millones de personas a nivel global, necesitan de CP anualmente (5).

Se debe tomar conciencia acerca de la importancia que tiene el acceso global a estos servicios. Toda persona, en cualquier condición de su estado de salud, cultura, creencia o perfil económico, merece tener una vida digna y de calidad. La palabra accesibilidad engloba varias características que deben cumplir los servicios de atención en salud, de manera eficiente, atención universal de calidad, teniendo en consideración las barreras sociales, culturales, económicas, intelectuales, organizacionales y espirituales que pueden presentarse (5)

Los estudios analizados sobre la accesibilidad a CP en el DE señalan un número importantes de barreras.

#### 6.1 Accesibilidad a cuidados paliativos en el DE

Según un estudio realizado por Marcellin et al., (2018) en pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado recibidos en el DE, se evidenció que la gran mayoría no fueron provistos de servicios en CP o de hospicio. Mientras que Nalugya et al., (2021) demostró que, de los individuos con necesidades de CP seleccionados, menos de la mitad no se beneficiaron de estos.

En base a los hallazgos, a pesar de que se ha intentado implementar el servicio de CP en el DE, aún hay un número considerable de personas que por causas multifactoriales no los reciben. Esto se podría asociar con diversas limitaciones

relacionadas al factor económico, geográfico, espiritual y a la dificultad que presentan los profesionales de salud en la selección de aquellos pacientes que necesitan de estos cuidados, ya que en su mayoría pueden llegar a excluir pacientes no oncológicos que los requieren.

## **6.2 Limitaciones para el acceso a CP**

La accesibilidad universal de CP en el DE puede verse obstaculizada por varios factores. En los estudios realizados por Brickey et al., (2022); di Leo et al., (2019); Gips et al., (2022); Grudzen et al., (2014); Kamphausen et al., (2019); Kirkland et al., (2021); Lamba et al., (2013); Nalugya et al., (2021); Wong et al., (2021) se identificaron limitaciones de tipo sociales, legales, religiosas, relacionadas con los estigmas, el tiempo, los recursos económicos y el entorno de atención.

### **6.2.1 Gravedad de la enfermedad**

Según las investigaciones de Brickey et al., (2022) y Grudzen et al., (2014) se evidenció que la barrera más destacada al momento de querer incluir a los pacientes a un programa de CP antes de darles el alta en el servicio de emergencias fue la gravedad de su enfermedad. El estudio realizado por Brickey et al., (2022) concluyó que casi la mitad de los individuos se negaron porque se encontraron agobiados por otras consultas, no se sintieron bien para participar o porque ya estaban satisfechos con los cuidados que recibieron. Mientras que Grudzen et al. (2014) identificó que menos de la mitad de los pacientes se negaron porque no sintieron que su enfermedad era tan grave o estuvieron satisfechos con la atención que ya admitieron previamente.

La gravedad de la enfermedad engloba la perspectiva del paciente acerca de su padecimiento y la satisfacción que presenta hacia la atención que ha recibido previamente. Según los hallazgos, esta es una barrera que estuvo presente en menos

de la mitad de los participantes. Sin embargo, se debe hacer lo posible para suprimirla por medio de explicaciones concisas al paciente a cerca de los objetivos de atención y una aclaración sobre las circunstancias en las cuales una persona puede y debe recibir CP, con el fin de que exista una mayor comprensión y por lo tanto, dar paso a un mayor número de individuos con acceso a estos servicios.

### **6.2.2 Comunicación y entorno**

Según Wong et al., (2021) varios médicos se sintieron incomodos al brindar CP en el DE y opinaron que esta área no es la más óptima para discutir temas de fin de vida . Di Leo et al., (2019) también identificó que el personal de salud en ocasiones sintió inquietud al tratar con el paciente, a su vez remarcó la existencia de aspectos críticos en la comunicación con los familiares y la falta de intercambio de información entre colegas. A su vez Kamphausen et al., (2019) afirmó que la práctica de CP puede verse afectada por la falta de trabajo en equipo, empatía y comunicación activa para llegar a un consenso en los objetivos de atención. Kirkland et al., (2021) evidenció que las barreras más frecuentes fueron las del lenguaje y la demencia, considerando una cantidad pequeña de participantes que no logró comunicarse por sus condiciones físicas. Gips et al., (2022) y Lamba, Nagurja et al., (2013) afirmaron que la atmósfera caótica en el DE y el espacio privado muy limitado dificultó las conversaciones delicadas asociadas a CP.

Otro aspecto que solo se presentó en una reducida cantidad de pacientes del estudio de Grudzen et al., 2014 fue la conspiración del silencio. En la cual los seres queridos evitaron contarle a su familiar sobre la enfermedad y por lo tanto negaron al paciente la posibilidad de recibir la atención que necesitaba.

Es evidente que la dificultad para la comunicación entre el equipo de atención multidisciplinario y los familiares impide que se dé una atención de calidad capaz de

beneficiar a la persona enferma y a aquellos que la rodean. Aunque muchos individuos acudan al DE por atención personalizada y comodidad, no siempre se cuenta con un cumplimiento total de estas características y en la mayoría de los casos se evidenció que el entorno del DE no fue el más apropiado para la comunicación de malas noticias y una atención detenida para el paciente o su familia. Sin embargo, es imprescindible que se tomen medidas para mejorar la comunicación y acondicionar el entorno acorde a las necesidades que se desean satisfacer.

### **6.2.3 Tiempo de atención**

El ritmo acelerado de atención en el DE puede llegar a ser un desafío para el acceso a CP ya que no se cuenta con el tiempo suficiente para recibirlos en la mayoría de los casos. Según Di Leo et al., (2019); Gips et al., (2022); Wong (2021) el ritmo rápido y rotación de los pacientes dificultó una comunicación adecuada tanto con la persona enferma como con los familiares y/o cuidadores.

La falta de disponibilidad de tiempo puede deberse a una organización pobre en el DE y a la ausencia de protocolos de atención que permitan una detección rápida, manejo eficaz derivación oportuna de los pacientes que necesitan de CP.

### **6.2.4 Información y estigmas**

La información difundida a los profesionales de salud y los medios de comunicación es imprescindible para una comprensión total de los CP y cuando se los puede instaurar. Sin embargo, muchas veces la información puede verse modificada, llevando así a una comprensión inadecuada del tema. En el estudio de Brickey et al., (2022) se identificó que en una cuarta parte asociaron los CP con la muerte y una cantidad mínima tuvieron cuidadores o familiares que negaron la atención por la creencia de que aún no estaban tan mal para recibir ese tipo de atención.

Aunque los profesionales ya estén considerando a los CP, todavía hay

creencias de que el DE no debería ofrecer este servicio ya que no hay el tiempo, ni el entorno adecuado para practicarlos. Según Gips et al., (2022) el personal de salud no cree que el DE es el lugar apropiado para aplicar CP y por lo tanto no se dio prioridad a los pacientes con estos requerimientos, lo que consecuentemente generó un mayor tiempo de espera para el acceso a la atención. De igual manera, según el estudio de Lamba, Nagurka et al., (2013) una cantidad pequeña de médicos no aplicaron CP por creencias personales diversas.

Nalugya et al., (2021) identificó que los pacientes con cáncer tuvieron mayor posibilidad de acceso a CP en comparación a aquellos con otras enfermedades catastróficas, lo cual evidencia el desconocimiento del personal de salud al momento de elegir a los pacientes que requieren de esta atención paliativa.

#### **6.2.5 Personal capacitado y recursos económicos**

La disponibilidad de recursos y de personal capacitado son componentes de suma importancia en el proceso de planificación y aplicación de CP. Para una práctica segura y eficiente se necesita de profesionales capacitados que brinden un cuidado especializado y acertado, acorde a las necesidades de cada individuo. Según Di Leo et al., (2019) varios de los médicos entrevistados expresaron no tener el conocimiento necesario en manejo del dolor, al igual que el estudio realizado por Kamphausen et al., (2019) donde se identificó que varios médicos del DE cuentan con un conocimiento significativamente menor en las terapias del dolor.

Gips et al., (2022); Lamba, Nagurka et al., (2013); Wong et al., (2021) determinaron que una de las barreras más destacadas para el acceso a la atención paliativa fue la falta de disponibilidad de proveedores especialistas en CP, lo cual afectó el deseo de los médicos de brindar esta atención en el DE.

Según Di Leo et al., (2019) el DE careció de los medios para brindar una

atención adecuada, al igual que existió una escasez de medicamentos para el tratamiento sintomático. De igual manera Gips e(27) identificó que una de las barreras para la integración de CP fue la falta de un modelo financiero de apoyo. El factor económico es un componente que afecta al DE al momento de ofrecer a sus pacientes la atención en CP ya que no existieron medidas económicas establecidas que aseguren la disponibilidad de recursos necesarios para una atención paliativa de calidad.

### **6.2.6 Razones medicolegales**

La provisión de estos servicios debe ir acompañada de documentos legales en los que se cuente con el consentimiento informado del paciente o su cuidador y la descripción de los tratamientos que se aplicarán, con el fin de evitar mal entendidos y problemas legales. Según Kamphausen (30); y Wong (29) algunos médicos tienen miedo de ofrecer CP a los enfermos por motivos de posibles demandas instauradas por el paciente y/o sus familiares por desacuerdos en la atención.

### **6.3 Necesidades insatisfechas**

Finalmente, según un estudio realizado por Kirkland (26), se identificó que más de la mitad de los pacientes presentaron necesidades insatisfechas en CP. Dentro de las necesidades no satisfechas se encontraron las visitas frecuentes al DE, síntomas no controlados, decaimiento funcional, objetivos de cuidado ausente o distrés del cuidador y una respuesta positiva a la pregunta sorpresa.

Esta revisión identificó como limitantes muy poca literatura de calidad relacionada con accesibilidad a cuidados paliativos en el servicio de emergencias, por lo que las conclusiones no pueden tomarse como definitivas.

## CONCLUSIONES

- Los pacientes que acuden al Departamento de emergencia con necesidades de atención paliativa tiene muchas barreras que impiden la adecuada accesibilidad, relacionadas con el entorno, la capacitación profesional y la comunicación capaz de mejorar una atención de calidad, oportuna y empática al paciente y sus familiares
- La poca accesibilidad contribuye a la existencia de necesidades insatisfechas por parte del paciente y cuidadores como; síntomas no controlados, aumento del declive funcional, objetivos de cuidado ausente, distrés del cuidador provocando un aumento de visitas al servicio de emergencia, posiblemente porque no hay claridad en el pronóstico vital del paciente y la necesidad de la inclusión temprana a los servicios de cuidados paliativos.
- Es necesario mayor educación al personal de salud que labora en el DE sobre los cuidados paliativos, incluyendo comunicación de malas noticias, además de sensibilizar a los profesionales y tomadores de decisiones para realizar planes de acción que faciliten a los pacientes y sus familias tener el acceso a la atención de calidad que merecen.

## REFERENCIAS

1. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Oct;60(4):754–64.
2. World Health Organization. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
3. Connor SR, Connor S, Morris C, Jaramillo E. Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Acknowledgements and Authorship Contributing writers: Acknowledgements [Internet]. 2014. Available from: [www.thewhpca.org](http://www.thewhpca.org)[www.thewhpca.org](http://www.thewhpca.org)
4. Brickey J, Flannery M, Cuthel A, Cho J, Grudzen CR, Blaum C, et al. Barriers to recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub-study of a multi-site, randomized controlled trial. *BMC Palliat Care*. 2022 Dec 15;21(1):22.
5. World Health Organization. Cáncer [Internet]. [cited 2022 Nov 19]. Available from: [https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1)
6. Verhoef MJ, 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. *Supportive Care in Cancer*. 2020 Mar 13;28(3):1097–107.

7. Radbruch L, Knaul FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. Vol. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020. p. 1467–9.
8. Basol N. The integration of palliative care into the emergency department. Vol. 15, Turkish Journal of Emergency Medicine. 2015. p. 100–7.
9. Brites MA, Gonçalves J, Rego F. Admission to the Emergency Department by Patients Being Followed up for Palliative Care Consultations. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 Nov 17;19(22). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36429920>
10. Straeuli C, Jenkins L, Droomer N. Patients requiring palliative care attending a regional hospital emergency centre in South Africa: A descriptive study. African Journal of Emergency Medicine. 2022 Dec 1;12(4):387–92.
11. Grudzen CR, Shim DJ, Schmucker AM, Cho J, Goldfeld KS. Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA): Protocol for a multicentre randomised controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus nurse-led telephonic palliative care of older adults with advanced illness. BMJ Open. 2019 Jan 1;9(1).
12. Hjermsstad MJ, Kolflaath J, Løkken AO, Hanssen SB. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. Nina Aass [Internet]. 2013 Apr 22;4:5. Available from: <http://bmjopen.bmj.com>
13. Hensgens KRC, van Rensen IHT, Lekx AW, van Osch FHM, Knarren LHH, Wyers CE, et al. Sort and sieve: Pre-triage screening of patients with suspected

- covid-19 in the emergency department. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 1;18(17).
14. Cardillo M, Kramer V, Peralta B, Pérez SL, Rojas F, Zamora J. Propuesta: orientación para la atención y control sintomático de pacientes graves afectados por Coronavirus 19 o que requieran atención paliativa en los últimos días de vida. *Dolor* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 6];22–9. Available from: [https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5f3e7eeb4ac84\\_Revista\\_El\\_Dolor\\_71\\_E-24-31.pdf](https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5f3e7eeb4ac84_Revista_El_Dolor_71_E-24-31.pdf)
  15. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Enfermería Global Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia [Internet]. 2014. Available from: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br>
  16. Blay C, Martori JC, Limon E, Lasmarías C, Oller R, Gómez-Batiste X. Every week counts: Use of health services and related costs of a community-based cohort of people with advanced chronic diseases. *Aten Primaria*. 2019 Jun 1;51(6):359–66.
  17. Long DA, Koyfman A, Long B. Oncologic Emergencies: Palliative Care in the Emergency Department Setting. *Journal of Emergency Medicine*. 2021 Feb 1;60(2):175–91.
  18. Cheng SY, Suh SY, Morita T, Oyama Y, Chiu TY, Koh SJ, et al. A cross-cultural study on behaviors when death is approaching in east asian countries: What are the physician-perceived common beliefs and practices? *Medicine (United States)*. 2015;94(39):e1573.

19. Shoenberger J, Lamba S, Goett R, DeSandre P, Aberger K, Bigelow S, et al. Development of Hospice and Palliative Medicine Knowledge and Skills for Emergency Medicine Residents: Using the Accreditation Council for Graduate Medical Education Milestone Framework. *AEM Educ Train*. 2018 Apr 1;2(2):130–45.
20. Kraus CK, Greenberg MR, Ray DE, Dy SM. Palliative Care Education in Emergency Medicine Residency Training: A Survey of Program Directors, Associate Program Directors, and Assistant Program Directors. *J Pain Symptom Manage*. 2016 May 1;51(5):898–906.
21. Torres MS. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* AÑO 2018 17(6) NOVIEMBRE-DICIMEBRE CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS ARTÍCULO DE REVISIÓN Informed consent in the palliative care for patients with amyotrophic lateral sclerosis [Internet]. 2018. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2545>
22. Adams RN, Mosher CE, Cannady RS, Lucette A, Kim Y. Caregiving experiences predict changes in spiritual well-being among family caregivers of cancer patients. *Psychooncology*. 2014 Oct 1;23(10):1178–84.
23. Marcelin I, McNaughton C, Tang N, Caterino J, Grudzen C. Palliative Care Needs of Advanced Cancer Patients in the Emergency Department (S767). *J Pain Symptom Manage*. 2018 Feb;55(2):693.
24. Nalugya LG, Harborne D, Reid E. Factors affecting initiation of palliative care in a Ugandan Emergency Department. *African Journal of Emergency Medicine*. 2021 Dec 1;11(4):442–6.

25. 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*. 2019 Sep 18;27(1).
26. Kirkland SW, Clua MG, Kruhlak M, Villa-Roel C, Couperthwaite S, Yang EH, et al. Comparison of characteristics and management of emergency department presentations between patients with met and unmet palliative care needs. Vol. 16, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2021.
27. Gips A, Daubman BR, 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*. 2022 Jun 15;20(3):363–8.
28. Grudzen CR, Richardson LD, Kandarian B, Ortiz J, Copeli N, Sean Morrison R. Barriers to palliative care research for emergency department patients with advanced cancer. *Journal of Community and Supportive Oncology*. 2014 May 1;12(5):158–62.
29. Wong KH, Yang LCM, Woo KWR, Wong OF, Kwong WY, Tse CF, et al. Attitudes and educational needs of emergency doctors providing palliative and end-of-life care in Hong Kong: a cross-sectional analysis based on a self-report study. *BMC Palliat Care*. 2021 Dec 1;20(1).
30. Kamphausen A, Roese H, Oechsle K, Issleib M, Zöllner C, Bokemeyer C, et al. Challenges Faced by Prehospital Emergency Physicians Providing Emergency Care to Patients with Advanced Incurable Diseases. 2019.

31. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR. Palliative care provision in the emergency department: Barriers reported by emergency physicians. *J Palliat Med.* 2013 Feb 1;16(2):143–7.