

1. Títol:

Implementació d'un programa d'intervenció a la família involucrada en un procés de mort d'un familiar, en un Servei d'Urgències Hospitalàries.

2. Situació prèvia del tema i justificació:

La família és un element essencial en el procés de salut de l'individu i la seva implicació ha de ser activa per aconseguir un entorn terapèutic òptim. En els darrers anys la investigació relacionada amb la família en l'àmbit domiciliari ha augmentat notablement i, a partir d'una revisió bibliogràfica de la literatura nacional i internacional, hem identificat estudis que en parlen, especialment dels cuidadors de pacients crònics^{1,2}. Si ens centrem en l'àmbit hospitalari, la investigació realitzada al nostre país^{3,4,5} constata la falta de cures dirigides al cuidador durant el procés d'hospitalització, malgrat que aquest cuidador acostuma a estar present. No obstant, cal destacar que la investigació en les urgències hospitalàries és escassa i, de fet, de tots els estudis realitzats en l'àmbit hospitalari només tres tracten de la família i les urgències. L'any 2011 es va realitzar un estudi qualitatiu⁶ amb l'objectiu de conèixer i comprendre les vivències dels familiars que accedien a un servei d'urgències. En aquest treball van aflorar sentiments com són la por a la mort, la inseguretat, la tristesa, l'angoixa, el nerviosisme, la impotència, el desemparament, la fragilitat o la ràbia, entre altres. Aquests sentiments juntament amb les altes expectatives en el sistema de salut (s'espera una resolució ràpida i satisfactòria de qualsevol problema) fa que les reaccions dels familiars i acompanyants siguin moltes vegades complicades i difícils de preveure.

Els familiars també van afirmar que són, igualment, mereixedors de suport emocional, i que el procés de cuidar requereix compromís, respecte, solidaritat, responsabilitat i ètica de qui cuida, en relació a l'individu que és cuidat i als seus familiars. Estudis com el de González et al⁷ ens permeten acostar a les vivències dels familiars a urgències: els investigadors van notar un augment de familiars conflictius al seu servei i van realitzar un estudi quantitatiu mitjançant el qual van identificar, entre les causes, la llarga espera, la falta d'informació i el fet de no assimilar la malaltia. Un altre estudi realitzat⁸ va posar en evidència les opinions dels usuaris i de les famílies respecte els Serveis d'Urgències Hospitalàries (SUH) i va concloure que la informació clínica activa i periòdica facilitava l'acompanyament al pacient i la humanització del tracte i s'associava a una milloria en la percepció de la qualitat assistencial i al grau de satisfacció de la població.

En la medicina actual, el procés de mort es situa en un model occidental, que pinta la mort com un enemic, i que genera situacions emocionals com frustració, por, ansietat i depressió, que poden condicionar la qualitat de l'atenció^{9,10}. Tanmateix, la societat veu normal que una persona mori quan té una edat avançada, però no

quan es tracta d'una persona jove, i més en circumstàncies inesperades o accidentals, com es produeix a les unitats d'urgències, causant un gran impacte psíquic i emocional a la família. Alguns estudis apunten a que les necessitats que tenen aquestes famílies queden relegades a un segon pla per part dels professionals, que prioritzen les cures als pacients^{9,11}. Moltes vegades l'afrontar situacions d'emergència, estar en contacte amb el patiment de les persones i la falta d'estratègies per fer front a la mort dels pacients¹², s'interpreta com un fracàs i fa que els professionals no ofereixin el recolzament adequat a les famílies¹³. El dèficit de formació dels professionals en donar males notícies o en comunicació, en general, també hi pot jugar un paper.

Als serveis d'emergències les famílies haurien de ser considerades dins del pla terapèutic dels professionals, especialment en les situacions que requereixen més cures humanitzades. Concebre la mort com un procés, permet donar el recolzament requerit al pacient i a la seva família durant totes les fases que condueixen a la mort del pacient. La implicació prèvia del professional i les cures que proporciona són clau i permeten el recolzament familiar durant el procés de dol¹⁴. És important determinar com perceben les famílies una situació de pèrdua, tenint en compte que aquesta percepció estarà condicionada per diferents factors. Les reaccions a la notícia d'una mort sobtada solen ser intenses i la resposta conductual depèn de l'origen cultural, social i ètnic; la reacció de dol és única i diferirà d'un individu a l'altre^{15,16}, l'equip de salut ha d'estar preparat per abordar l'àmplia gama d'emocions i arravataments tradicionals.

Conèixer les necessitats que sorgeixen de les experiències dels membres de la família que viuen situacions de mort als SUH ajuda a desenvolupar i a implementar una intervenció orientada a facilitar i promoure el recolzament psicoemocional i familiar en aquestes situacions. Per aquest motiu, des del servei d'Urgències del nostre hospital es va fer un treball preliminar¹⁷ que tenia com objectius identificar quins són els sentiments, percepcions i vivències experimentats per la família durant qualsevol moment del procés de mort a un SUH d'un hospital d'aguts, respecte a l'atenció rebuda.

Es va dissenyar un estudi qualitatiu basat en la teoria fonamentada¹⁸ i aplicant el criteri de saturació teòrica es van realitzar deu entrevistes a un membre de cada família que havia estat al servei d'urgències acompanyant al pacient en qualsevol de les etapes del procés de mort. L'estudi va ser aprovat pel CEIC del centre.

Les dades es van recopilar entre el setembre del 2015 i el juny del 2016.

Es va realitzar un estudi pilot amb 10 persones, totes elles família de pacients que van experimentar el procés de mort, esperada o inesperada, al nostre SUH durant els 5 anys previs a la realització de l'estudi. Es van incloure pacients de totes les edats, incloses les morts pediàtriques, i es va requerir de la signatura del consentiment informat per formar part de l'estudi. Pel reclutament de la mostra, no es van tenir en compte les famílies que haguessin experimentat dol patològic, definit com l'aparició un trastorn mental com a

conseqüència de la pèrdua, ni les famílies amb dol complicat o trastorn per dol complex persistent, quan els sentiments de pèrdua no han millorat amb transcurs del temps, com sí fan en un procés de dol normal

Tabla 1: Característiques de les participants del grup famílies

	Edat	Gènere	E. civil	Parentesc	Edat difunt	Temps estada urg.	Procedència del pacient	Tipus de dolença o situació de mort
F 1	50 a.	Dona	Casada	Filla	82 a.	2 dies	Residència	La informant refereix que la seva mare estava en situació terminal degut a una patologia respiratòria. Es va derivar a l'hospital sociosanitari en situació agònica.
F 2	55 a.	Dona	Casada	Mare	24 a.	1,5 hores	Via pública	La mare comenta que el seu fill no tenia cap antecedent patològic diagnosticat previ a la mort. Va morir a urgències de l'hospital de l'estudi.
F 3	57 a.	Dona	Casada	Filla	87 a.	1 dia	Residència	La família comenta que la pacient presentava un deteriorament del seu estat general previ a la mort. Es va derivar a l'Hospital Sociosanitari en situació agònica.
F 4	32 a.	Dona	Casada	Mare	4 a.	3 hores	Escola	La mare comenta que es tractava d'un nen prèviament sa, sense cap tipus d'antecedent patològic. Va morir a urgències de l'hospital de l'estudi.
F 5	46 a.	Dona	Vídua	Esposa	50 a.	12 hores	Domicili	La informant explica que el pacient presentava una patologia neoplàstica en estat avançat. Va acudir a urgències per dolor incontrolat i empitjorament del seu estat general. Es va traslladar a la unitat de cures pal·liatives de l'hospital sociosanitari.
F 6	22 a.	Home	Solter	Fill	55 a.	1 dia	Domicili	La família refereix que el pacient tenia una malaltia neoplàstica i va acudir a urgències per empitjorament del seu estat general. Es va traslladar a l'hospital sociosanitari en situació d'últims dies.
F 7	63 a.	Dona	Parella de fet	Nora	93	3 hores	Residència	La família comenta que la pacient va presentar un deteriorament del seu estat de salut degut a una dolença cardíaca. Es va traslladar a l'hospital sociosanitari en situació agònica
F 8	48 a.	Dona	Casada	Filla	90	24 hores	Residència	La filla comenta que la pacient va acudir a urgències per un problema respiratori agut. L'estat de la pacient va empitjorar durant la seva estada a urgències i va morir allà.
F 9	35 a.	Dona	Casada	Germana	32	3 hores	Hospital	La germana comenta que la pacient va ser traslladada d'un altre hospital per una complicació post-quirúrgica. Va morir a quiròfan de l'hospital de l'estudi.
F 10	66 a.	Home	Casat	Sogre	32	5 hores	Hospital	La família comenta que la pacient va ser traslladada d'un altre hospital per una complicació post-quirúrgica. Va morir a quiròfan de l'hospital de l'estudi.

La taula 1 mostra las característiques de les participants del grup de famílies. La major part de les participants van ser dones, amb diferents tipus de parentesc amb el difunt. L'edat del difunt oscil·lava entre els 4 i els 93 anys. El temps d'estada a urgències va ser de 3 hores a 2 dies. Del tipus de morts 6 eren morts esperades i 4 morts inesperades. L'anàlisi es va realitzar durant la recopilació de dades i es van realitzar tres tipus de codificació: oberta, axial i selectiva. Dels resultats van sorgir 3 categories temàtiques i diverses subcategories.

L'estudi va concloure que la qualitat de la informació subministrada a la família durant el procés assistencial repercuteix en la seva satisfacció respecte l'atenció rebuda a urgències. Cada fet traumàtic viscut i rememorat pot intervenir de manera positiva o negativa en el dol. El recolzament a la família que viu una situació de mort a urgències ha de ser una intervenció imprescindible, tenint en compte que moltes vegades la mort en aquests serveis es inesperada i deguda a situacions traumàtiques. Les famílies que viuen aquest tipus de situacions expressen les necessitats que van tenir durant el procés de pèrdua, tals com rebre una informació adequada, real, sensible i humana, sentir-se acompanyats per alguna persona durant la seva estada que els ajudés a prendre decisions, a acomiadar-se de la persona, a resoldre els dubtes que van sorgint... Les famílies que van viure una situació de mort inesperada van percebre com a no cobertes per part dels professionals que els van atendre, aquestes necessitats enumerades.

Contràriament, les famílies que van viure una situació de mort esperada, van percebre de manera més positiva l'atenció rebuda per les infermeres, valorant les cures humanitzades que ofereixen i repercutint positivament en el seu benestar emocional.

Aquest estudi pilot ens ha premés elaborar un protocol d'actuació multidisciplinar a fi de millorar el grau de satisfacció dels familiars en el moment de la mort d'un ésser estimat al SUH i que aquesta actuació els ajudi, els reconforti i els doni eines per afrontar la situació en que es troben.

3. Elaboració de la guia d'intervenció:

A partir de les necessitats detectades en el nostre àmbit assistencial, des del SUH del nostre hospital es va dissenyar la “Guia d'intervenció a la família en situació de mort a Urgències”.

Aquesta guia va ser elaborada partint dels resultats de l'estudi preliminar descrit¹⁷ i, seguint el model de Kemmis i Mac Taggart (1998), es van realitzar 2 cicles de reunions grupals. En el primer cicle, compost a la vegada de 4 fases, es van formar els grups, integrats per personal d'infermeria d'Urgències, DUIs (Diplomat Universitari d'Infermeria) i TCAI (Tècnic Auxiliar de Cures d'Infermeria), per facultatiu, per la treballadora social, per la psicòloga i per la psiquiatra, prèvia signatura del consentiment informat per formar part de l'estudi per part de tots els membres del grup.

En aquestes reunions cada participant va exposar les seves opinions sobre els temes tractats i en consens van establir aquelles estratègies de canvi que van considerar adequades per a cuidar millor i més humanament aquests familiars. D'aquestes reunions en van sorgir les intervencions a realitzar, i recollien totes les cures i atencions que s'han de fer a una família que viu un procés de mort a urgències. A fi d'avaluar l'aplicació d'aquestes intervencions es va entregar un diari de camp a cada participant juntament a una guia de com utilitzar-lo. El diari recollia les experiències per les que es passava durant la investigació i permetia posteriorment observar, avaluar i reflexionar entorn el procés del canvi i les seves conseqüències. En el segon cicle, i a partir de les reflexions i crítiques documentades, els participants dels grups desenvoluparen un pla d'acció de millora de la situació, tenint en compte la situació real i les dificultats de recursos humans i materials dels que es disposa. Posteriorment es va aplicar el procés de canvi i es va observar i re-avaluar amb un diari reflexiu de camp, on es descrivia cada situació de manera que qualsevol persona que no hagués presenciat l'escena fos capaç de visualitzar-la.

A partir d'aquest treball s'elabora La **“Guia d'intervenció a la família en situació de mort a urgències”** (annex 1) que contempla:

1.- Com cal avisar a la família i planteja diversos escenaris (pacient que arriba en ambulància sense família, aquesta està avisada o no; pacient que està a urgències i presenta un deteriorament agut...), registrant al full de registre qualsevol comunicació amb la família.

2.- A l'arribada de la família, s'aconsella ubicar a aquesta a una sala d'informació, equipada amb mocadors de paper, gots de plàstic, infusions, creada expressament per donar un espai físic adequat per aquesta circumstància. La guia descriu acuradament quin professional es farà càrrec de donar la informació mèdica, del suport i l'acompanyament a la família en cada circumstància, aconsellant que la infermera i l'auxiliar responsables siguin substituïdes per altres professionals en l'atenció a la resta de pacients mentre duri el procés d'acompanyament.

3.- Si la situació de mort comporta un possible problema social (difunt com a cuidador principal d'alguna persona depenent, pacient ancià com a únic familiar del difunt...) s'aconsella trucar a la treballadora social per acudir a urgències a ajudar en l'acompanyament, així com s'aconsella avisar la psiquiatra o a la psicòloga si la situació és tràgica, o sigui, que ha estat conseqüència d'un succés inesperat i punyent que provoca un gran dolor o patiment. L'acompanyament ofert implica estar allí pel que la família necessitin, donar suport psicoemocional, facilitar l'acomiadament, oferir suport religiós si la família ho demana, donar les pertinences personals del difunt abans de l'alta, donar la informació sobre els tràmits funeraris, oferint díptics dissenyats en diferents idiomes per facilitar aquesta tasca.

4.- Objectius

4.1 Objectius principals:

1. Implementar un programa d'intervenció a la família que viu una situació de pèrdua d'un familiar en un SUH.
 - 1.1 Programa de formació del personal mèdic i d'infermeria
 - 1.2 Aplicació de la guia.
2. Avaluar el grau de satisfacció i impacte respecte la mesura implantada, en les famílies implicades en el procés de mort en un SUH

4.2 Objectiu secundari a mig i llarg termini

3. Generar canvis en la pràctica clínica respecte a cuidar a la família involucrada en un procés de mort al servei d'Urgències d'un Hospital de segon nivell.

5. Material i mètodes:

Es tracta d'un estudi observacional prospectiu de les famílies dels pacients implicats en un procés de mort al SUH d'un Hospital de segon nivell.

Fase d'intervenció:

Per aconseguir els objectius anteriors ens plantegem implementar la Guia mitjançant d'un programa d'intervenció a la família involucrada en el procés de mort d'un familiar al nostre SUH.

Durant els mesos de novembre i desembre del 2020 el grup voluntari especialitat en dol impartirà la formació sobre com transmetre males notícies i sobre com fer l'acompanyament del dol a tots els professionals sanitaris que treballin al servei, en diferents sessions a diversos horaris a fi de facilitar l'assistència de tothom. Les sessions tindran una durada aproximada d'una hora.

La intervenció pròpiament dita la portarà a terme l'equip de metge, DUI i TCAI encarregat del pacient que es trobi en situació d'últimes hores al nostre SUH en aquell moment. Estaran preparats per assumir aquesta tasca tots els metges d'urgències, com a màxims implicats alhora de transmetre la informació als familiars durant tot el procés, així com tot el personal d'infermeria (DUIs i TCAIs), com a màxims responsables de l'acompanyament del dol, i la psicòloga, la psiquiatra i la Treballadora Social quan la situació associada a la mort ho requereix.

El programa d'intervenció es durà a terme amb totes les famílies que pateixin la mort d'un familiar en el SUH del nostre hospital, esperada o inesperada, durant el període que va des del 1/01/2021 fins els 31/12/2021 i que omplin el CI per participar en l'estudi (annex 2).

Posteriorment a viure la situació de mort, el professional que hagi atès a la família ha d'omplir un registre anomenat "plantilla diari de camp" i ha d'explicar com ha viscut la situació, quins aspectes positius li ha generat viure-la, en quines dificultats s'ha trobat, i quines propostes de millora se li acut per una situació futura.

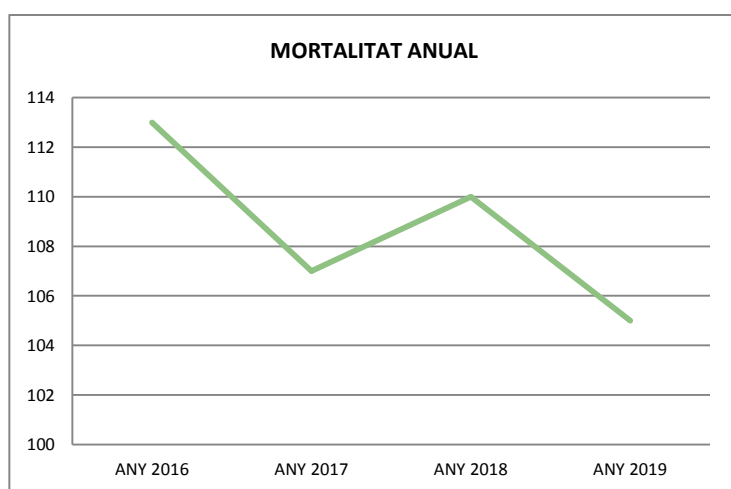
Pel que fa al seguiment del dol, una vegada la família marxa d'alta hospitalària, cal omplir el full de seguiment del dol, on hi constaran, entre altres dades, el nom i el telèfon de la família, a la que s'ha de trucar durant la tercera setmana post defunció. A les 3 setmanes post-mortem, un dels integrants del grup especialitzat en dol realitzarà un seguiment via telefònica, oferint la possibilitat d'atenció de professionals més especialitzats si la situació ho requereix, i en cas de haver signat el consentiment informat es realitzarà un qüestionari de satisfacció.

Fase d'avaluació

El objectiu de la fase de avaluació és conèixer el grau de satisfacció i impacte de la mesura adoptada en les famílies implicades en el procés de mort en un SUH. En aquesta fase s'avaluarà a totes les famílies implicades en un procés de mort, esperat o inesperat, que acompanyen el pacient d'edat igual o major de 14 anys en la fase agònica, en un SUH durant el període descrit, amb accés a l'estudi de manera voluntària i prèvia signatura d'un consentiment informat. Quedaran fora d'aquesta fase las famílies amb dol complicat detectat i/o amb risc de patir dol patològic en el moment de l'estudi (valoració prèvia pel psicòleg, psiquiatra o treballador social del grup).

Càlcul de la mida de la mostra:

El càlcul de la mida mostral per la fase de avaluació s'ha definit en funció del número de morts al nostre SUH els anys previs. Per dades històriques del servei, la mortalitat anual oscil·la entre 100 i els 150 pacients. A la taula i al gràfic que es mostren a continuació s'observa el nombre de defuncions en els darrers quatre anys:



Any	Núm. Defuncions
2016	113
2017	107
2018	110
2019	105

Prenent com a referència les dades exposades, i aplicant la següent fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N (total població): 100-150.
- Z_{α} = 1.96 NC:95%.
- p = proporció esperada, al no conèixer-la considerem 0.5.
- q = 1-p (en aquest cas 1-0.5=0.5).
- d = precisió (error màxim en termes de proporció): 5%.

Segons els nostres càlculs la mostra mínima necessària per realitzar la nostra investigació ha de contenir entre 80 i 109 famílies. El mostreig conclourà al completar la mida mostral calculada, i si cal s'ampliarà el període d'estudi.

Els components del grup de treball realitzaran un seguiment del dol a les 3 setmanes post-mortem, via telefònica, oferint la possibilitat d'atenció per part de professionals més especialitzats, si la situació ho requereix, i en cas que la família hagi acceptat participar en l'estudi, els passarà un qüestionari.

Pel que fa al qüestionari de satisfacció, a l'actualitat existeixen qüestionaris de satisfacció al final de la vida validats en llegua anglesa, tals com el CANHELP Lite o el FAMCARE, però no es disposa de cap instrument validat al castellà. Tenint en compte aquesta premissa, adaptarem el qüestionari, agafant com a base aquests qüestionaris publicats, que incloguin aspectes sobre l'atenció rebuda a la unitat, recolzament al dol, informació rebuda, ajuda en el tracte i la comunicació entre pacient i família, disponibilitat de l'equip, utilitzant l'escala de resposta tipus Likert de 5 punts: totalment en desacord, en desacord, no d'acord ni en desacord, d'acord, totalment d'acord. Tanmateix s'inclouran preguntes obertes que ens permetin obtenir tota la informació desitjada. També es recolliran dades sociodemogràfiques dels familiars”.

Processament de dades i anàlisi estadístic:

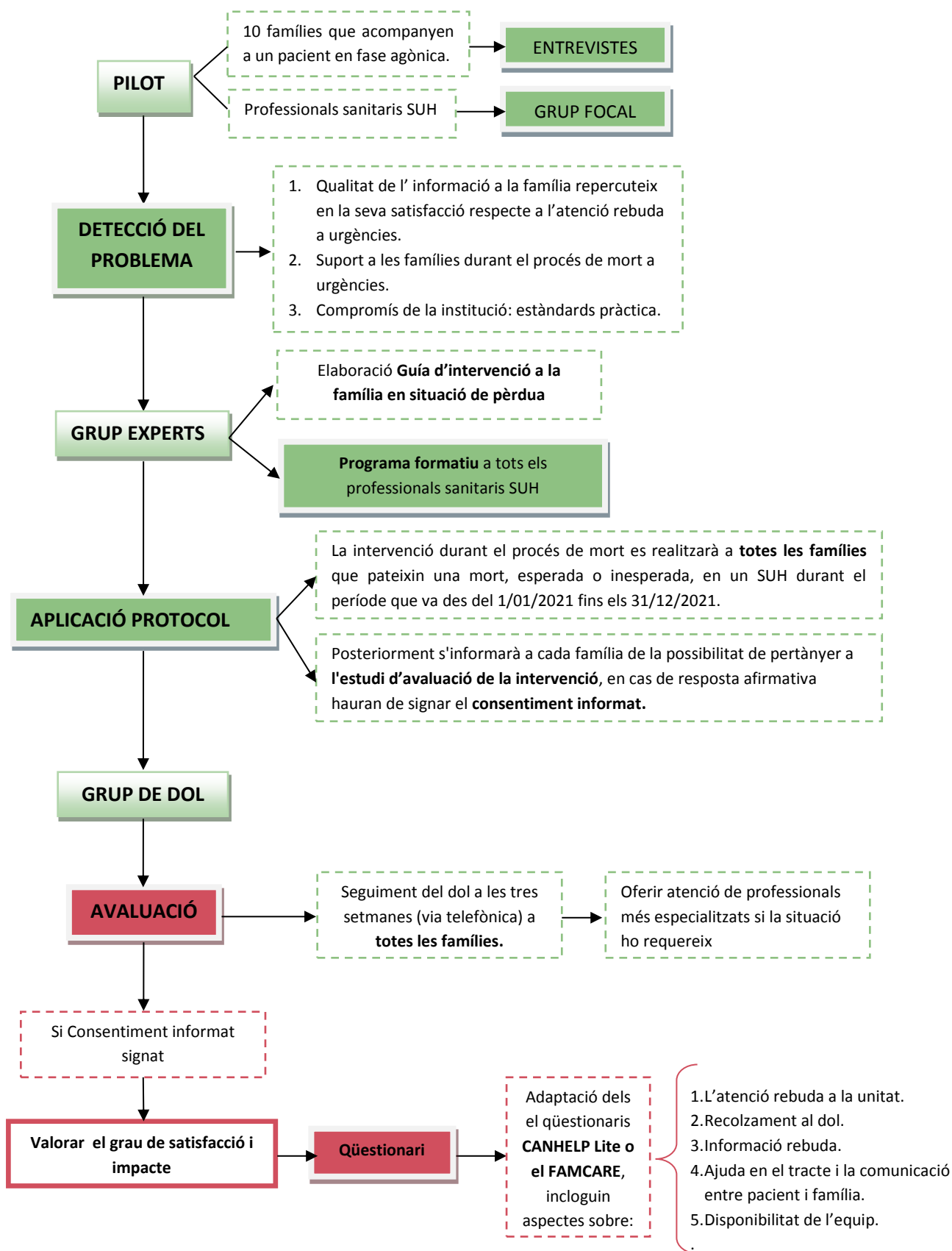
Les dades seran introduïdes de manera automatitzada des de la versió electrònica del qüestionari, en la corresponent base de dades en Excel.

Consideracions ètiques:

El present estudi seguirà els principis de la declaració de Helsinki. Les dades de l'estudi seran tractades de manera confidencial d'acord amb la legislació vigent, segons la Llei Orgànica de Protecció de Dades i amb l'aprovació pel nostre Comitè d'Ètica. L'estudi s'ajusta als principis de respecte, beneficència i justícia i no maleficència envers els pacients. En cap cas, l'estudi suposa un risc pels pacients seleccionats ja que es tracta d'una recerca de dades, no de persones. El present treball no es posarà en marxa sense un informe favorable d'un Comitè Ètic d'Investigació Clínica.

El procés de consentiment informat dels participants s'implementarà mitjançant la resposta voluntària de la sol·licitud de col·laboració, després d'informar dels objectius i finalitat del projecte i reiterant el caràcter voluntari de la seva participació, així com el compromís de confidencialitat en el processament, anàlisis i publicació dels resultats per part de l'equip investigador, així com la seva disposició a remetre els mateixos a qui pugui estar interessat.

6. Pla d'acció:



7. Resultats assolits i lliçons apreses

El present treball ha demostrat que la qualitat de la informació subministrada a la família durant el procés assistencial repercuteix en la seva satisfacció respecte l'atenció rebuda a urgències. El suport a les famílies ha de ser fonamental durant el procés de mort esperada o inesperada en un SUH. Les institucions han de garantir uns estàndards de pràctica clínica que incloguin l'orientació sobre l'atenció a les persones en dol i el compromís de brindar atenció especialitzada a aquestes famílies.

D'altra banda, Com a resultat d'aquesta investigació pretenem fer extensiu aquesta intervenció i aplicar la guia a tots els familiars de pacients que pateixin una mort esperada o inesperada en un SUH, per tal de millorar la satisfacció y la qualitat assistencial, en definitiva, de disminuir l'impacte psíquic i emocional a la família durant i després del procés de mort en un Servei d'Urgències.

4. Bibliografia

1. Zabalegui Yárnoz A, Navarro Díez N, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(3):157-66.
2. Eterovic Díaz C, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. Enferm Global. 2015;14 (2):235.
3. Celma Vicente M. Cuidadoras informales en el medio hospitalario. Rev ROL Enf. 2001; 24(7-8):503-11
4. Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A, Castillo A, Mezcuca A, Osorio MV, Vegas S. La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. Index de enfermería [revista electrónica] 2002. Disponible en [:http://www.index-f.com/indexinfermeria/38revista/38_articulo_1822.php](http://www.index-f.com/indexinfermeria/38revista/38_articulo_1822.php)
5. Quero Rufián A. Los cuidadores familiares en el Hospital Ruíz de Alda de Granada. [tesis]. Departamento de Antropología Social. Universidad de Granada; 2007.
6. Miladi Fernandez Stumm E et al. Experiencias de familiares de pacientes atendidos en la urgencia hospitalaria. Metas de Enferm nov. 2011;14(9): 14-9.
7. González Canomanuel MA, Villajañez García C, Sánchez-Mates Lorente B., Lopez Ropero A, Leal Eizaguirre R., Cortés Bermejo S. Estudio de los acompañantes conflictivos en un servicio de urgencias. Emergencias. 2001;13:304-8
8. Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J, González Armengol JJ, Fernández Pérez C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. Emergencias. 2014;26:114-20
9. Dell'Acqua MCQ, Tome LY, Poppin R. Process Work in urgency and emergency in interface with death. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene. 2013 14(6):1149–1159.
10. Yildirim T., Özlü Z. K. Needs of critically ill patients relatives in emergency departments. Nursing and Midwifery Studies. 2018;7:33–38.
11. Ferreira Rodrigues FL, Rebelo MA, Pereira MA. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. Pensar Enfermagem. 2015;19(1):31-46.
12. Dal Pai D, Lauter L. Estrategias de enfrentamiento de la enfermedad: un estudio sobre el trabajo de la enfermería. Acta paul. enferm. 2009;22(1):60-65.
13. Casanueva Mateos L, Sánchez Díaz JI, Ramos Casado V, Belda Holfheinz S, Llorente de la Fuente A, Mar Molinero F. Revista de Calidad Asistencial. 2007;22(1):36-43

14. Raymond A, Lee S, Bloomer MJ. Understanding the bereave-ment care roles of nurses within acute care: A systematicreview. *J Clin Nurs*. 2017;26:1787-800.
15. Esmailpour K, Bakhshalizadeh S. The severity of grief reactions following death of first-grade relatives. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015;20:363–371.
16. Naik SB. Death in the hospital: Breaking the bad news to the bereaved family. *Indian journal of critical care medicine : peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2013;17(3):178–181.
17. Berbís-Morelló C, Mora-López G, Berenguer-Poblet M, Raigal-Aran L, Montesó-Curto P, Ferré-Grau C. Exploring family members' experiences during a death process in the emergency department: a grounded theory study. *J Clin Nurs*. 2019;28(15-16):2790-800.
18. Charmaz K. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London, UK: SAGE Publications; 2006

5. Annexes

Annex 1. Guia breu d'intervenció a la família en situació de pèrdua.

1. AVISAR A LA FAMÍLIA

- Preguntar durant el "transfer" si està avisada la família i anotar al full de infermeria l'opció: SI, NO, NO SE SAP.
- Contactar amb secretaria o treballadora social (si risc social) per què avisi a la família.

2. UBICAR A LA FAMÍLIA

- Torn matí/tarda: Secretaria o persona d'atenció usuari (intèrpret) serà qui la ubiqui ala sala d'informació (adults) o a la consulta 3 (pediatria).
- Torn nit: infermera de triatge o secretaria segons disponibilitat.
- La persona que l'ubiqui avisarà a l'equip assistencial de la seva arribada.
- La persona que l'ubiqui penjarà cartell identificatiu al davant de la porta de l'office.

3. ACOMPANYAR A LA FAMÍLIA

Mort esperada:

- Els professionals que atenen al pacient moribund seran els encarregats de seguir oferint suport emocional a la família.
- La infermera de reforç serà la encarregada d'atendre a la resta de pacients que atenia la infermera que es dedica a l'acompanyament.
- Si la infermera de reforç no pot cobrir aquesta necessitat, trucar a la supervisora d'urgències o supervisora general perquè pugui gestionar-ho.

Mort inesperada:

- Els professionals que pertanyen al grup de treball de dol d'urgències seran els encarregats de realitzar el companyament.
- Cal trucar a la supervisora d'urgències o supervisora general perquè pugui gestionar-ho buscant a un professional que cobreixi el lloc de la persona encarregada de l'acompanyament.

L'acompanyament implica:

- Estar allí pel que necessitin.
- Donar suport psicoemocional.
- Informa adequadament sobre els dubtes que tingui la família.
- Facilitar l'acomiadament.
- Oferir-li suport religiós (si ho demana).
- Donar-li pertinences personals del difunt abans de l'alta (si no es tracta de una situació judicial).
- Donar informació sobre els tràmits funeraris: Se'ls hi ofereix un díptic informatiu sobre els serveis funeraris (Tanatoris).
-

4. SEGUIMENT DEL DOL

- A les tres setmanes post-mortem es realitzarà seguiment del dol via telefònica.
- Mitjançant la trucada se'ls oferirà la possibilitat de seguiment de dol per part de professionals més especialitzats, si la situació ho requereix.

Annex 2. Full d'informació i Consentiment informat.

Tarragona, ade de 2021

Estimat/ada Sr. / Sra.,

Ens posem en contacte amb vostè per a sol·licitar la seva col·laboració en l'estudi:

“Implementació d'un programa d'intervenció a la família involucrada en un procés de mort d'un familiar en un Servei d'Urgències Hospitalàries i estudi del grau de la satisfacció dels familiars” promogut per el Servei d'Urgències de [REDACTED].

El principal objectiu d'aquest estudi és conèixer el grau de satisfacció i impacte respecte la intervenció que s'ha portat a terme per part dels professionals de la salut del nostre servei.

La seva participació consistirà en la realització d'un qüestionari de satisfacció via telefònica en el moment del seguiment del dol, a les tres setmanes de l'esdeveniment, utilitzant l'escala de resposta tipus Likert de 5 punts: totalment en desacord, en desacord, no d'acord ni en desacord, d'acord, totalment d'acord. Abans de la mateixa es realitzarà una breu explicació de l'estudi, per a que tingui més coneixement del mateix.

La duració prevista de l'entrevista serà de 20 minuts i serà . La seva col·laboració ens permetrà conèixer les opinions i punts de vista dels familiars implicats en l'acompanyament i assistència del pacient a urgències.

Les dades recollides estaran codificades i tant sols l'equip investigador i el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica del Centre podran accedir a les mateixes.

La informació que s'obtingui únicament serà utilitzada per als objectius d'aquest estudi, i un cop passats cinc anys des de la finalització del mateix, serà destruïda.

El tractament, de les dades de caràcter personal s'ajustarà al disposat a la Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre de protecció de Dades de Caràcter Personal. D'acord al que estableix aquesta llei, vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de dades, i ho haurà de comunicar per escrit.

Agraint per endavant la seva col·laboració, rebí una cordial salutació.

FORMULARI DE CONSENTIMENT INFORMAT DEL PACIENT

Títol de l'estudi: Implementació d'un programa d'intervenció a la família involucrada en un procés de mort d'un familiar, en un Servei d'Urgències Hospitalàries

Jo, _____ (nom i cognoms)

he llegit el full d'informació al pacient que se m'ha entregat,

he pogut fer preguntes sobre l'estudi,

he rebut informació suficient sobre l'estudi,

he parlat amb _____ (nom i cognoms de l'investigador),

entenc que la meva participació és voluntària,

comprendc que em puc retirar de l'estudi

1. Quan vulgui,
2. Sense tenir que donar explicacions
3. Sense que repercuteixi en les cures mèdiques

Dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi

Data (pacient)

Signatura del pacient

Data (investigador)

Signatura de l'investigador

1 ejemplar para el paciente

1 ejemplar para el investigador

APARTAT PER LA REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Jo, _____ revoco el consentiment de participació en l'estudio, a dalt signat, amb data _____

Data de la revocació _____

Signatura