

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2015/16

- Trabajo Fin de Grado -

MUERTE DIGNA EN URGENCIAS

- Autor/a -

Darío Sánchez Fernández

- Tutor -

Cayetano Fernández Sola

ÍNDICE

	Páginas
Resumen.....	3-4
Introducción.....	4-9
Objetivo.....	9
Metodología.....	10
Desarrollo	
1. Caracterización de la dignidad en el proceso de muerte.....	10-13
2. Pérdida de la dignidad durante el proceso de muerte en el Servicio de Urgencias y Emergencias.....	14-21
3. Conservación de la dignidad durante el proceso de muerte en el Servicio de Urgencias y Emergencias.....	21-23
Conclusiones.....	23-24
Bibliografía.....	25-28
Anexos.....	29-32

RESUMEN

En la actualidad existe la problemática de que las personas carecen de una muerte digna en los servicios sanitarios y, sobre todo, en el Servicio de Urgencias y Emergencias. Este es un problema de alta complejidad que ha de ser abordado desde el punto de vista multidisciplinar. Tanto la dignidad, como la concepción de la muerte y el Sistema de Urgencias y Emergencias en España han ido evolucionando con el paso de los años hasta llegar al punto en el que nos encontramos en la actualidad.

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diversas fuentes de datos acerca de cómo influye la dignidad en el proceso de muerte en paciente que acuden al Servicio de Urgencias y Emergencias con el fin de actualizar conocimientos acerca de la dignidad de las personas en el proceso de muerte en dicho servicio y recoger diferentes estrategias que pueden hacer posible su conservación.

Hoy en día existe la problemática acerca de cómo poder llegar a alcanzar una buena muerte en el Servicio de Urgencias y Emergencias dado que hay una gran número de obstáculos que hacen este proceso difícil, como pueden ser la ergonomía del propio departamento de Emergencias, la formación sanitaria o inclusive la familia o la religión del propio paciente. Por otro lado, se están intentando instaurar diversos facilitadores que permiten que, alcanzar la muerte con dignidad en estos paciente, sea cada vez más fácil y pueda llegar a convertirse en una realidad, lo que supondría la mejora del sistema sanitario en general y de la calidad de la asistencia a los pacientes en particular.

Por ello, existe un largo camino hasta llegar a hacer que alcanzar la muerte sin la pérdida de dignidad en el SUH debida a problemas estructurales, demográficos, asistenciales y éticos.

ABSTRACT

At present there is the problem that people lack a dignified death in health services and, above all, in the Emergency Department and Emergency. This is a highly complex problem that must be addressed from a multidisciplinary perspective. Both dignity, as the concept of death and the System of Emergency in Spain have evolved over the years to the point where we are today.

This paper has conducted a literature review through various sources of data on how it affects the dignity in the process of death in patients who come to the Emergency Department and Emergency in order to update knowledge about the dignity of people in the process of death in the service and pick different strategies that can make conservation possible.

Today there is a problem about how to get to achieve a good death in the Service of Emergency since there is a large number of obstacles that make this difficult process, such as ergonomics own department Emergency training health or even family or religion of the patient. On the other hand, are trying to establish various enablers that allow, reach death with dignity in these patients, is becoming easier and can get to become a reality, which would improve the health system in general and the quality of care to patients in particular.

Therefore, there is a long way to get to make to reach death without loss of dignity in the HES due to structural, demographic, welfare and ethical problems.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, es muy importante abordar el tema de la muerte digna, dado que es un derecho al que todas las personas tienen que tener acceso, y no siempre pueden hacer uso de él, como suele ocurrir en muchos servicios hospitalarios y, concretamente, en el servicio de urgencias al que nos vamos a referir.

La muerte en la historia

La actitud ante la muerte ha sido cambiante en nuestra cultura occidental a través de los siglos. Los principales cambios se centraron en la Edad Media y en el siglo XIX. (*García et al. 2013*).

Hasta la Alta Edad Media (siglo V a XI): la muerte colectiva. La muerte era percibida como algo natural, cercano y familiar, estaba “amaestrada”. La gente moría de una forma simple y sencilla, en la cama de su casa, dejando arregladas las últimas disposiciones. La presencia de familiares, amigos y niños estaba muy valorada. En esta

época, el moribundo debía efectuar ciertos rituales. Después tenía que solicitar el perdón de los suyos y mandaba resarcir los daños que hubiera causado. El sacerdote incensaba el cuerpo y lo rociaba con agua bendita, acciones que repetía, una vez más, cuando el cadáver iba a ser enterrado. (Aries, 2000)

En la Baja Edad Media (siglo XIV a XV) y el Renacimiento: la muerte individual. Para garantizar el eterno descanso del alma, se dejaba ordenado el pago de un determinado número de oraciones y misas para después de la muerte. (Aries, 2000)

Como consecuencia de esto los ricos potentados del siglo XIV, emplearon sus fortunas en crear fundaciones caritativas de toda índole, empobreciendo así a sus herederos. El nacimiento de la individualidad se plasmó en la representación del Juicio Final. Éste se representó como unos tribunales que juzgaban a cada persona según sus buenas o malas acciones. (Aries, 2000)

En el siglo XIX: la muerte ajena. Se produjo otro cambio en la actitud ante la muerte, una de las características del romanticismo. La muerte romántica que con su nostalgia y recuerdo del desaparecido, durante los siglos XIX y XX, el culto de sepulturas en cementerios. (Aries, 2000)

En la primera mitad del siglo XX era lógico y cotidiano vivir la muerte como acontecimiento social. Se moría en casa rodeado de la familia, amigos y vecinos. La buena muerte consistía en conocer la llegada de los últimos momentos para poder preparar los asuntos personales, sociales y religiosos. Por el contrario la muerte maldita, era la muerte repentina o súbita y, sobre todo, por accidente. (Aries, 2000)

La muerte en la actualidad

La muerte de hoy es una comedia donde uno representa el papel del que no sabe que va a morir (Aries, 2000).

La muerte natural ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario. El rechazo social a la muerte no ayuda en manera alguna a la persona que tarde o temprano debe enfrentarse a ella. Este rechazo y negación del final de la vida es

generadora de ansiedad, angustia, aislamiento y soledad del que va a morir. Poder afrontar el hecho de la muerte con serenidad y dignidad en una sociedad que lo teme, es un asunto pendiente acuciante (*Aries, 2000*).

Los profesionales sanitarios y cómo abordar la muerte

Comprender la muerte y atender al moribundo se encuentran entre los problemas más difíciles que ha de resolver la gente en general, y muy particularmente los profesionales de la salud. El manejo psicológico de la muerte y el duelo, es un tema calve en nuestra sociedad y constituye, un importante aspecto del quehacer de los profesionales de la salud (*García, Rodríguez, Hernández, Cortés, Montoya, Jiménez, Vega, Vergel, Caparrós, Pérez, Jiménez, Sardinero & Fernández, 2013*).

El proceso de morir se ha desplazado desde la familia y el hogar, hasta los profesionales sanitarios y los hospitales, de manera que aproximadamente el 90% de los fallecimientos en una población urbana, se producen en instituciones hospitalarias (*García et al. 2013*).

Llegado el momento de morir, resulta paradójico el empeñamiento en conservar la vida a toda costa, alargando procesos dolorosos y aumentando el tiempo de vida pero, ¿también la calidad de la misma?¹ Da la sensación de que no luchamos para conservar y mantener la vida en su concepto más amplio, sino más bien para evitar la muerte. Parte de la vida es el morir, tan natural como el nacer, crecer o respirar. (*Cobo, 2005*)

Los hospitales actuales son estructuras dotadas de una sofisticación tecnológica y sanitaria altamente cualificada, técnicos auxiliares, etc. De esta forma, el personal de enfermería será el que mayor presencia y dedicación prestará a los cuidados requeridos por la enfermedad y por el paciente al que asiste (*García et al. 2013*).

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto, volvernos a situar dentro del único contexto que les da su sentido, su significado real; el contexto de la vida, o más exactamente, el contexto del proceso de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia (*García et al. 2013*).

Evolución histórica de los servicios de emergencia y urgencias médicas

El Servicio de Urgencias y Emergencias en España ha experimentado una serie de cambios con el paso de los años desde su creación el 1948 con los Servicios Médicos nocturnos de urgencias (SS y APD), que supusieron el inicio de este servicio en nuestro país. Hasta la creación de la Constitución española de 1978 se produjo la aparición de distintos servicios y asociaciones que hicieron que las urgencias y emergencias hospitalarias empezaran a cobrar forma. Durante la etapa constitucional este servicio fue evolucionando con el paso de los años mediante convenios, la aparición de equipamiento medicalizado y del teléfono de emergencias (061), desarrollo de diferentes figuras en el organigrama sanitario y, sobre todo, las Transferencias de la asistencia sanitarias a las distintas comunidades autónomas, que supusieron unos de los mayores avances en el proceso de desarrollo de dicho servicio (*Historia del Servicio de Urgencias y Emergencias en España, 2016*). ANEXO 1

Marco teórico: modelo de dignidad de Chochinov

El debate sobre la dignidad de la persona es antiguo en el discurso filosófico y más reciente en el contexto clínico donde le se asocia casi exclusivamente con el proceso de la muerte. En este ámbito, se apela a la dignidad para mantener posturas diametralmente opuestas respecto de cuestiones espinosas como la eutanasia o el suicidio asistido y de aspectos que debieran ofrecer menos nivel de discrepancia como la sedación paliativa, la retirada de tratamientos o la no instauración de los mismos atendiendo al principio de autonomía del paciente. Los profesionales de la salud han llegado al consenso en identificar la dignidad con el control de síntomas, morir en un entorno amable, preferiblemente en casa y acompañado de los suyos y respetando la autonomía del paciente. (*Barnosi, Rodríguez, Lazo, Collado, Marín, Kessel. 2002*)

Casi todos los estudios sobre la dignidad en el proceso de la muerte se realizan entre profesionales, sin que existiera un concepto de dignidad claramente delimitado, bien definido y fundamentado empíricamente desde la perspectiva de las personas moribundas. Por ese motivo Harvey Max Chochinov y colaboradores (*Chochinov, 2002*) publican en 2002 una serie de estudios que conformaron el modelo de conservación de la dignidad, ampliamente seguido en investigaciones posteriores. (*Chochinov 2004*).

Este modelo de dignidad (figura 7), fue desarrollado a partir de las investigaciones de carácter exploratorio lideradas por el Dr. Harvey Max Chochinov. Los orígenes de la investigación se remontan al año 1995 cuando el Manitoba Palliative Care Research Unit comenzó a explorar por qué algunos pacientes desean la muerte y tienen pensamientos autolíticos, mientras que otros que padecen síntomas similares pueden encontrar un cierto grado de serenidad y tener ganas de disfrutar hasta los últimos días de su vida (*Errasti, Martínez, Carvajal, & Arantzamendi, 2014*) El modelo basado en las experiencias de pacientes con cáncer que están al final de su vida es único en cuanto a que provee a los clínicos de una guía y dirección sobre cómo pueden abordar los aspectos de la dignidad en pacientes que están al final de su vida. (*Hack, Chochinov, Hassard, Kristjanson, McClement, Harlos, 2004*).

Considera tres áreas influyentes en la percepción individual de dignidad del paciente con enfermedad avanzada y terminal: las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, el repertorio conservador de la dignidad y el inventario de la dignidad social. Estas áreas se refieren a experiencias, eventos o sentimientos en los que la dignidad o la pérdida de ésta, se convierten en una preocupación relevante en el transcurso de la aproximación del paciente hacia su muerte (*Fernández, Aranda & Muñoz, 2012*).

Preocupaciones relacionadas con la enfermedad	Preservación de la dignidad (personal)	Preservación de la dignidad (social)
Nivel de independencia	Perspectivas que conservan la dignidad	Esfera de la privacidad
Capacidad cognitiva	Continuidad del yo	Apoyo social
Capacidad funcional	Conservar los roles	Calidad del cuidado
Síntomas de malestar	Dejar el legado	Ser una carga para los demás
Malestar físico	Mantener el orgullo	Preocupación por el legado
Malestar psicológico	Esperanza	
	Autonomía/control	
	Aceptación	
	Resistencia/espíritu de lucha	
	Prácticas que conservan la dignidad	
	Vivir el momento	
	Mantener la normalidad	
	Consuelo espiritual	

Figura 7. Modelo de Dignidad de Chochinov (*Chochinov, Hack, McMlement, Kristjanson, Harlos, 2002*)

Las preocupaciones relacionadas con la enfermedad son aquellas que se derivan o están relacionadas con la enfermedad en sí y que amenazan o afectan en el momento al sentido de dignidad de la persona. Lo que define a estas cuestiones es que están mediadas por la enfermedad. Esta categoría consta de dos subtemas que son específicos de las experiencias de los pacientes con la enfermedad: el nivel de independencia y el distrés sintomático. (*Errasti et al.2014*).

El repertorio de conservación de la dignidad consta a su vez de dos subtemas. Por un lado, las perspectivas que conservan la dignidad, entendidas como las cualidades que se tienen internamente y que pueden estar basadas en las características o atributos personales de larga duración o en una visión adquirida del mundo. Estas, pueden ser un reflejo de las características únicas de los pacientes que están haciendo frente a su muerte inminente. Este tema, tal y como se ve en el modelo, consta de ocho subtemas: la continuidad de uno mismo; la preservación del rol; la generatividad, el legado, la herencia; el mantenimiento del orgullo; el optimismo; la autonomía o control; la aceptación; y la resiliencia o lucha espiritual. Por otro lado, están las prácticas que conservan la dignidad. Éstas, incluyen la variedad de enfoques o técnicas que los pacientes emplean para reforzar, reafirmar o mantener su sentido de dignidad como el vivir el momento, el mantenimiento de la normalidad y/o la búsqueda de consuelo espiritual (*Errasti et al.2014*).

En tercer lugar el inventario de dignidad social consta de cinco subtemas que se refieren a los aspectos sociales o a las dinámicas de las relaciones que promocionan o van en detrimento del sentido de dignidad del paciente: los límites de la privacidad; el apoyo social; el tono de cuidado; el ser una carga para los demás; y las consecuencias de las preocupaciones (*Errasti et al.2014*).

OBJETIVOS

1. Actualizar conocimientos acerca de la dignidad de las personas en el proceso de muerte en el Servicio de Urgencias y Emergencias así como de la problemática existente a la hora de abordarla.
2. Recoger diferentes estrategias que pueden hacer posible su conservación.

METODOLOGÍA

Diseño: Trabajo de Revisión Bibliográfica.

Fuentes de datos: Medline, Scopus, Cuiden Plus Dialnet, Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs, Proquest Psychology Journals y Scielo. También se ha llevado a cabo la búsqueda de documentos a través de Google Scholar.

Palabras clave: dignidad (dignity), servicio de emergencias (emergency department), buena muerte (good death), bioética (bioethics), derechos humanos (human rights), asistencia sanitaria (healthcare), beneficencia (beneficence), cuidados paliativos (palliative care), final de vida (end of life), enfermedad terminal (terminal disease), moribundo (dying person).

Análisis: Para el análisis de los artículos encontrados hemos seguido una adaptación del algoritmo de Díaz Portillo (2012) que consiste en los siguientes pasos:

- Lectura del título. Si es interesante pasamos a la lectura del resumen. Si no es interesante lo desechamos y pasamos al siguiente artículo.
- Lectura del resumen. Si el resumen es válido, pasamos a los resultados. Si el resumen no aporta nada relacionado con nuestro tema pasamos al siguiente artículo.
- Lectura de los resultados: si no tienen aplicación a nuestro caso, pasamos al siguiente artículo. Si resultan pertinentes para nuestro caso, leemos el artículo completo extraemos las ideas y conclusiones principales.

DESARROLLO

1. CARACTERIZACIÓN DE LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE

La dignidad

La vida y la muerte, la dignidad, la del paciente como sujeto moral autónomo no son palabras nimias ni superfluas y mucho menos en “situaciones límites” de la existencia. (Hooft & Hooft, 2013). Asegurar la dignidad, tal como viene recogido en el artículo 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos¹, es un objetivo común a

¹ **Artículo 1 de la Declaración de los Derechos Humanos:** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. (*"Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos: UNESCO", 2016*).

todos los profesionales sanitarios. Los derechos humanos son un referente claro para la asistencia sanitaria, y los profesionales debemos ser capaces de conjugar el avance científico y tecnológico con el respeto y fomento de los derechos humanos en el ámbito sanitario (*Vecillas, 2008*).

Se debe tener en cuenta el respeto de la dignidad de la persona en el acto de cuidar; sin protección de dicha dignidad el acto sanitario quedaría éticamente deslegitimizado. Esto es debido a que la dignidad humana es un valor intrínseco, independiente de otros valores externos, y valioso e insustituible por sí mismo (*Romero de San Pío, 2012*).

En éste sentido, debemos de saber que los principios básicos que se determinan para dar base formal del respeto a la dignidad humana en nuestro campo son la consideración de la salud como derecho básico humano, la equidad en materia sanitaria y la responsabilidad de los protagonistas del acto sanitario, es decir, los profesionales asistenciales (*Romero de San Pío, 2012*).

La dignidad exige que se respeten las decisiones personales, el propio plan o proyecto de vida que cada cual elige para sí. Todo ello en la medida que no perjudique a terceros. La intimidad o privacidad es un aditamento de la dignidad (*Hooft et al.2013*).

La toma de decisiones ha de ser el resultado de un diálogo entre el profesional y el paciente, teniendo como principal perspectiva los valores del mismo. Una práctica ética obliga a cruzar la capacidad de autodeterminación del enfermo con el deber de ayudar del profesional, es decir, los principios de autonomía² y de beneficencia³. (*García, 2014*).

La “buena” muerte

¿Qué entendemos por muerte digna? La Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de muerte nos dice que: Todos los seres humanos

2 Principio de Autonomía: se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia. (*Gracia, 2008*).

3 Principio de Beneficencia: se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de los otros, previniendo y suprimiendo posibles daños, evaluando las consecuencias de una acción determinada (*Gómez Martínez, 2009*).

aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y proteger simultáneamente esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna. (*Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, 2010*).

Hoy en día puede afirmarse que existe un consenso ético y jurídico bastante consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, sobre los que inciden los artículos de la presente Ley. (*Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, 2010*).

Entre los contenidos claves del ideal de muerte digna que gozan de consenso se encuentra el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales de alta calidad (*Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, 2010*).

Otro de los contenidos claves del ideal de muerte digna que goza de consenso es el derecho de las personas a redactar un documento escrito en el que hagan constar sus deseos y preferencias de tratamiento para el caso eventual en el que no puedan decidir por sí mismas, así como a designar mediante dicho documento a quien tomará decisiones en su lugar (*Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, 2010*).

Desde la perspectiva del principio de autonomía de la voluntad de la persona, existen dos cauces o instrumentos principales para hacer posible su dignidad en el proceso de la muerte. El primero, el derecho de la persona a la información clínica, al consentimiento informado y a la toma de decisiones. El segundo consiste en el derecho de la persona a realizar la declaración de voluntad vital anticipada y a que sea respetada la misma (*Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, 2010*).

El respeto a la dignidad se debe plasmar no solo en cómo se vive sino en cómo se muere, en la manera y la forma de morir. El hecho de que arbitrariamente se prolongue la vida artificialmente cuando ya no exista viabilidad alguna (encarnizamiento terapéutico⁴) o se someta a la persona a sufrimientos inútiles en el proceso de morir, es una constatación de las vulneraciones a la dignidad de la persona (*Vecillas, 2008*).

Un factor que habitualmente es pasado por alto es el afrontamiento de la muerte desde el punto de vista religioso de las personas, lo que conlleva que la dignidad de éstas se puede ver afectada. Esto es un hecho en el que el personal sanitario no suele hacer hincapié y que supone que la muerte sea sobrellevada para bien o para mal tanto por el paciente como por su familia. Immanuel Kant, que sustituyó la demostración lógica para creer en sus fundamentos morales de la existencia de Dios, se refiere a la fe como la confianza en la ayuda divina ante la fragilidad y la incapacidad (*Granero, Díaz, Márquez, Castro, López, & Fernández, 2013*).

La fe también se debe considerar como un elemento para sobrellevar la enfermedad, sufrimiento y morir con dignidad (*Dyess, 2011*). Disciplinas tales como medicina, enfermería y psicología han estudiado el tema sin llegar a ninguna conclusión definitiva. Varios estudios han relacionado la fe para la preservación de la fisiológica (*Gardinger, Gott, Hughes, Winslow & Bennet, 2012*), sociales (*Jensen et al. 2013*) y relacionados con la relación integridad (*Karlson & Berggren 2011*). Sin embargo, su influencia en la preservación de espiritual la integridad es un tema que debe ser explorado (*Granero et al. 2013*). Por ello, más adelante abordaremos el tema sobre la fe y su condición durante el proceso de alcanzar una “buena” muerte.

2. PÉRDIDA DE LA DIGNIDAD DURANTE EL PROCESO DE MUERTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

En la actualidad resulta casi imposible hablar de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) sin mencionar la saturación de los mismos, y que está provocando problemas tan serios como la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario

⁴ **Encarnizamiento terapéutico:** intencionalidad maliciosa del actuar profesional, en la cual se aplican tácticas injustificadas en ciertos pacientes, que en vez de mejorar su calidad de vida, la empeoran, prolongando la vida biológica del paciente (*Bustamante, 2013*)

y el deterioro de aspectos como la dignidad, la comodidad o la confidencialidad. (Tudela & Mòdol, 2015).

Para centrar el problema cabe definir lo que entendemos por saturación o colapso de los SUH (crowding): consideramos que los SUH se hallan saturados, cuando la demanda asistencial supera la capacidad de proporcionar un servicio de atención urgente de calidad. (Tudela et al.2015).

Las causas de la saturación son diversas e implican aspectos tanto externos a los SUH como intrínsecos a la propia unidad. Pero los más determinantes son propios de la dinámica hospitalaria, fundamentalmente la dificultad en adjudicación de cama para ingreso y en su disponibilidad real. Esta saturación se asocia a un descenso de la mayoría de indicadores de calidad. Así mismo, se incrementan el número de pacientes que esperan ser atendidos, el tiempo de espera para el inicio de la asistencia y el tiempo de actuación médico-enfermería. Además conlleva un alto riesgo de peores resultados clínicos (Tudela et al.2015). Ver ANEXO 2

Un ejemplo de pacientes que acuden con frecuencia al SUH son las personas que sufren cáncer. Un estudio realizado en Ontario entre los años 2002 y 2005 muestra que la proporción de pacientes oncológicos que visitan este servicio durante las dos últimas semanas de vida es alrededor del 40%. Esa visita representa a menudo una transición en el cuidado de un paciente. Incluso para aquellos cuya atención está basada en un enfoque paliativo establecido. Pero en muchas ocasiones esta visita está provocada por la angustia los propios familiares del paciente (Barbera, Taylor & Dudgeon, 2010).

Otro factor que favorece la saturación de los SUH es la tendencia global a invertir la pirámide poblacional: en las próximas décadas la proporción de la población de 80 años de edad habrá aumentado y más se espera que aumente exponencialmente con el paso de los años. Esto implica que la mayor parte de población adulta supone una proporción significativa de cuidados al final de la vida, lo que comúnmente se denominan “cuidados paliativos”. Los adultos mayores representan una población creciente que acude al SUH. Varios estudios muestran que estos pacientes suponen el 12-21% de todas las asistencias sanitarias del SUH y por cuestiones más urgentes que las de

pacientes de otros rangos de edad. El patrón del uso del SUH difiere de los pacientes mayores con respecto a los pacientes más jóvenes: por lo general, la razón propia de que sean pacientes mayores supone que existe un mayor nivel de emergencia y de enfermedades médicas más graves que los pacientes jóvenes. Existe evidencia de que un modelo de atención integrado e interdisciplinario reduciría significativamente las visitas al SUH, así como reducir o eliminar la dependencia a ellos mediante modelos óptimos de prestación de servicios (*Thompson, 2014*).

Las cuestiones relacionadas con el proceso de la muerte han adquirido gran importancia en nuestra sociedad. Por un lado, los avances de la medicina y otras ciencias afines permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hace pocos años. Ello, sumado al envejecimiento de la población y al consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas, hace que un número creciente de personas con enfermedades degenerativas o irreversibles lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal, un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada (*Forero, McDonnell, Gallego, McCarthy, Mohsin, Shanley, Formby, Hillman, 2012*).

Por otro lado, la situación actual es especialmente compleja. Se presenta como el encuentro de dos tendencias relativamente contrapuestas: por una parte el desarrollo progresivo de los SUH en los últimos años, que aparentemente los presenta como modernizados, y por otra el contexto socioeconómico actual, que exige una estricta valoración de los recursos y un replanteamiento del sistema sanitario (*Tudela et al. 2015*).

Morir con dignidad es un objetivo básico en el cuidado de final de vida y es un concepto ambiguo pero relevante para los médicos y enfermeros. Frente a la exacerbación de los síntomas o un proceso de deterioro, pacientes enfermos asisten al SUH, donde los diferentes modelos de atención existentes en este lugar pueden complicar esta etapa de la vida. (*Fernández, Díaz, Hernández, Aranda, Muñoz & Granero, 2015*).

La dignidad de una persona moribunda en el SUH se asocia a la autoestima y el respeto; seguridad, autonomía e integridad son inviolables. La dignidad, entendida como el valor que le damos nosotros mismos, se asocia directamente con la autoestima (*Fernández et al. 2015*).

Como hemos dicho anteriormente, los pacientes mayores acuden con frecuencia al SUH, y un alto porcentaje de estas visitas se debe a que necesitan cuidados paliativos. Para lograr óptimos cuidados paliativos para adultos mayores y para reducir su necesidad de contar con servicios del SUH, es necesario que se adopte un enfoque de promoción de la salud, basado en que la población reconozca que no todos los adultos mayores tienen las mismas posibilidades de acceder a una atención especializada. (*Fernández et al. 2015*).

El Informe del Instituto de Medicina “Morir en América” identificó un número de factores estructurales, sociales y psicológicos que afectan negativamente al cuidado al final de la vida (*LeFebvre, Platts-Mills, 2015*). Entre estos factores podemos encontrar:

- Déficit de comunicación: una inadecuada comunicación, sin una buena escucha y sin tener en cuenta la comunicación no verbal, tendrá como consecuencia insatisfacción y peores resultados terapéuticos. La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, de modo que una buena escucha es aquella que el profesional emplea para observar la comunicación no verbal y para dar lugar a la expresión de emociones. Cómo dar malas noticias sigue siendo un reto para los profesionales pero es muy importante hacerlo de una forma apropiada, eligiendo el momento y lugar adecuados. La confianza entre el paciente y el profesional sanitario es indispensable y solamente es posible si el segundo consigue ponerse en el lugar del otro de manera (*Macpherson, 2010*). Por otro lado, la escasa o incorrecta comunicación puede provocar expectativas poco realistas de las familias de los pacientes, lo que, por lo general, implica un desgaste mucho mayor de los mismos hasta alcanzar la muerte (*Renea et al. 2006*).
- Muchos sanitarios presentan déficit en su formación bioética, entre los cuales caben destacar el trato de la intimidad y de la autonomía del enfermo

- hospitalizado y la inadecuada comunicación entre el paciente y el profesional sanitario empática (*García, 2014*).
- Los grandes avances científicos y tecnológicos no solamente traen como consecuencia un considerable aumento de la esperanza de vida, sino también una forma de tratar al paciente que puede llegar a producir una especie de “cosificación” de la persona que se aleja de una visión de conjunto de la misma, que repercute en una deshumanización de la asistencia sanitaria y que es debido a su división en partes, que según algunos permite un mayor y mejor conocimiento, y que da lugar a una súper especialización de los profesionales (*García, 2014*).
 - Decisiones de tratamiento basadas en las necesidades de los médicos en lugar de las necesidades de pacientes. Algunos médicos tienden a ver la muerte de un paciente como un fracaso personal, lo que puede ocasionar que intenten “evitar la derrota” (*Renea et al. 2006*).
 - Patrones de dotación de personal y escasez de enfermeras. El ratio de asignación enfermero-paciente dificulta en gran medida dotar de un cuidado óptimo a los pacientes moribundos (*Renea et al. 2006*).
 - Subordinación del alivio del dolor al diagnóstico. La subordinación de alivio del dolor al diagnóstico en medicina de emergencia es probable que sea una de las razones que las intervenciones para aliviar el dolor sean retrasadas o negadas en el servicio de urgencias. La prioridad del médico de emergencias es diagnosticar las patologías de los pacientes (*Johnson, 2005*).
 - Improvisación de los cuidados. Cuando la demanda de atención urgente supera posibilidades del SUH, los pacientes se colocan en pasillos u otras áreas comunes, en situaciones describen por los participantes como hacinamiento. Estas condiciones de alta demanda implican una pesada carga de trabajo para los profesionales, que sienten que tienen poco tiempo para dignificar el cuidado (*Granero, Díaz, Hernández, García, & Fernández 2016*).
 - Falta de espacio para cuidar de la persona moribunda. Los departamentos de Emergencias carecen de espacios adecuados para garantizar la privacidad, un elemento clave para la conservación de la dignidad. Esta falta de espacio limita las visitas de la familia de los pacientes a períodos cortos, lo que aumenta la sensación de una pérdida de dignidad entre los enfermos. (*Granero et al. 2016*)

- Ser consciente de acciones que merman la dignidad en el Departamento de Emergencias. En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios continúan tratando a los pacientes de una manera impersonal o deshumanizada, que pueden llevar a que la persona sienta que su dignidad está siendo atacada (*Granero et al.2016*)
- Falta de una cultura paliativa en el departamento de Emergencias, debido en numerosas ocasiones a la falta de consciencia del personal sanitario sobre el proceso que está llevando a cabo el paciente (*Granero et al.2016*).
- Decisiones desacertadas. La dignidad puede comenzar a ser comprometida desde el momento en que la familia decide llevar al paciente al SUH. Hay muchos factores en esta decisión que no son adecuados para un diálogo de la dignidad: miedo de afrontar la muerte de un miembro de la familia solo, la sensación de que ir al hospital es hacer algo para el paciente y la insuficiencia de los otros medios de atención, como cuidado paliativo en casa (*Granero et al.2016*).
- Evitar la carga. Además de miedo e incertidumbre, los participantes informaron que las familias quieren evitar la carga de cuidar a una persona en el final de días de su vida en casa. Esta situación de ser una carga para los demás es notada por los pacientes, lo que a su vez aumenta su sensación de perder su dignidad. (*Granero et al.2016*).
- La fe. Muchos pacientes comprenden la enfermedad como castigo divino. Como tal, es común asociarlo con la amoralidad de ciertas acciones, el abandono de la doctrina o con hábitos de vida perjudiciales. Esta situación, vinculada a un profundo sentido de culpa, puede causar sufrimiento espiritual. Sin embargo, cuando se enfrentan con la cercanía de la muerte, esta situación no siempre se presenta el paciente: también pueden ser vinculado a divina 'responsabilidad'. Cuando los pacientes o sus familias se sienten abandonados por su fe, sentimientos de ira y resentimiento se presentan, haciendo más difícil la adaptación. La fe, por lo tanto, se convierte en una fuente de conflicto, incluso poniendo la autonomía del paciente en riesgo al tomar decisiones en el final de su vida y, por lo tanto, haciendo que la dignidad del paciente se pueda ver dañada. (*Granero et al.2013*).

Por otro lado existe un grupo de problemas que empeoran la calidad asistencial del paciente en situaciones de emergencia y de cuidados al final de la vida, como son las malas relaciones que pueden existir entre los distintos profesionales sanitarios, el acceso a especialistas y cuidados paliativos, la escasa comunicación de entre profesional sanitario y el paciente y/o familia y la falta de información en relación a las preferencias al final de la vida de paciente críticos cuando llegan al SUH. Un problema surgido en los últimos años es el continuo avance tecnológico, que ha supuesto en gran medida que la labor sanitaria se “deshumanice”. (*LeFebvre et al.2015*). Aunque los avances tecnológicos han dado lugar a importantes avances en términos de calidad de vida y aumentar la longevidad, nunca podremos escapar nuestra naturaleza finita y, en general, los avances en el aumento de esperanza de vida no han sido acompañados de una mejor preparación para la muerte. (*Granero et al.2013*).

Un ejemplo es lo que afirma Tilde: “Los avances tecnológicos en el manejo médico agresivo en el final de la vida han llevado a más estadounidenses a temer cómo mueren en lugar de la muerte misma” (*Granero et al.2016*).

Acorde con esto, en dos estudios realizados en EEUU y en Australia, los investigadores examinaron, en parte, las percepciones de las enfermeras de cuidados críticos del cuidado al final de la vida. Los encuestados de enfermería en cuidados críticos en los Estados Unidos fueron consultados en cuestiones de eutanasia y luego se hizo un análisis del contenido de los comentarios de texto de las 468 enfermeras que respondieron. Los encuestados tenían sentimientos muy complejos sobre temas al final de la vida. Un total de 37 conceptos fueron codificados de las respuestas de las enfermeras y luego sintetizados en 8 temas. En general, las enfermeras deseaban tener más que decir en el cuidado de pacientes moribundos, informaron que no existía consistencia en la manera de morir de los pacientes que fueron atendidos y no creen que el ambiente fomentado en el cuidado crítico sea el adecuado para los pacientes moribundos (*Renea, Clark & Kirchhoff, 2006*).

En el segundo estudio realizado en Australia, fue enviado por correo un cuestionario de 30 páginas sobre muchas cuestiones relacionadas con el cuidado de pacientes moribundos a una muestra aleatoria de 1200 profesionales australianos, de los cuales 299 fueron enfermeras de cuidados críticos. La tasa de respuesta de la

submuestra de las enfermeras fue de 77%. Estas enfermeras informan que necesitan mejores medidas de control del dolor para los pacientes moribundos, destacaron la necesidad de mejorar la comunicación entre médicos y pacientes y también entre los médicos y enfermeras y el pensamiento de sí mismos como defensores importantes para los pacientes (*Renea et al. 2006*).

El Instituto de Medicina recomienda el fortalecimiento de la base de conocimiento sobre el cuidado de final de vida. Sin embargo, la investigación sobre las formas de cambiar el entorno de los cuidados críticos para facilitar la mejoría de la atención es limitada, ganar una mayor comprensión de las percepciones de las enfermeras de cuidados críticos y los cambios que proponen se tercia fundamental para el correcto cuidado de pacientes moribundos (*Renea et al. 2006*).

Con los avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, los pacientes se ahorran la muerte inminente sólo para experimentar una muerte prolongada. Cuestiones sobre la atención al final de vida seguirán aumentando en importancia. (*Renea et al. 2006*).

Los investigadores concluyeron que las preferencias para la reanimación de pacientes rutinariamente no eran conocidas por los médicos, la presencia de una voluntad anticipada no tuvo efecto sobre las decisiones de tratamiento y la mayoría de las familias perciben que sus seres queridos a menudo experimentaron de dolor moderado a severo hasta alcanzar la muerte (*Renea et al. 2006*).

Para llegar a alcanzar una muerte digna es muy importante que, durante el proceso de enfermedad que sufre el paciente, se alivie en la medida de lo posible el dolor. Por ello, el tratamiento del dolor y alivio del dolor deberían ser una prioridad en medicina de emergencia. El deber ético para aliviar el dolor está bien establecido. Aunque haya preocupaciones médicas y éticas sobre las intervenciones de gestión del dolor y las circunstancias que lo rodean, la obligación ética de base para aliviar el dolor está bien establecida en medicina de emergencia. El código de ética del Colegio Americano de médicos de emergencia, por ejemplo, reconoce formalmente la obligación de aliviar el dolor como parte del tratamiento de emergencia. Aliviar el dolor y el sufrimiento ha sido llamado un "imperativo fundamental para cualquier clínico"; y con respecto a la medicina de emergencia: cada médico del SUH debe proporcionar un control oportuno

y eficaz en el dolor como un deber fundamental." Otros médicos de urgencias han observado que las oportunidades para salvar vidas dentro del SUH son raras, pero las oportunidades para aliviar el dolor son casi infinitas (*Johnson, 2005*).

La investigación sobre el tratamiento del dolor en medicina de emergencia ha revelado un patrón de insuficiencia. En 1989, Wilson y Pendleton aplicaron el término "oligoanalgesia" a la negligencia del dolor en el SUH y documentan que 56% de los pacientes que acuden al SUH con dolor no han recibido ninguna analgesia. Además, cuando los analgésicos narcóticos fueron proporcionados, estaban siempre en dosis muy bajas para ser efectivos. Por otro lado, los estudios han demostrado que los niños que reciben tratamiento en el SUH tienen muchas menos probabilidades de recibir medicamentos para condiciones claramente dolorosas en comparación con el dolor en adultos que presentan con las mismas condiciones (*Johnson, 2005*).

3. CONSERVACIÓN DE LA DIGNIDAD DURANTE EL PROCESO DE MUERTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Salvaguardar la dignidad del paciente, el respeto a su dignidad o un trato digno son las proposiciones que acompañan a la definición de unos buenos cuidados de enfermería (*Vecillas, 2008*). Es importante remarcar que los rasgos que hacen que estos cuidados sean humanizados son el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano, la identificación de cada persona como un ser único, el reconocimiento de sus diversas dimensiones, es decir, su dimensión holística, lo que implica el abandono de posturas reduccionistas que convierten al paciente en una patología, un tratamiento o un conjunto de signos y síntomas (*Vecillas, 2008*). Para que nuestros actos sanitarios preserven la dignidad humana y sus derechos fundamentales, es necesario trasladar los valores éticos a nuestros cuidados. (*Romero de San Pío, 2012*).

El profesional de enfermería debe aceptar a la persona que cuida como un ser autónomo en sus decisiones sobre su propia vida y salud y responsable en sus ideas y, por tanto, en las acciones que emanan de dichas ideas. Ello implica que las personas sean tratadas con respeto y se asegure que las decisiones tomadas sobre su propia salud sean respetadas en todo momento. Así, se requiere de la participación del paciente, junto con su familia, en la planificación de las etapas finales de la vida, del médico en el

diagnóstico y tratamiento y de la enfermera, testigo y cuidador desde una perspectiva holística. Esto incluye una colaboración con otros profesionales de la salud y un papel autónomo en el cumplimiento de las necesidades básicas y la atención de las alteraciones en las respuestas humanas. Todos deben estar involucrados en el acuerdo para evitar el dolor y mantener la dignidad. Sin embargo, aunque comunicación e información son clave para los pacientes, la continuidad de la atención es una cuestión de familia y controlar el proceso es una cuestión del profesional. Es importante que se reconozca el valor de la práctica de la enfermería, que, a diferencia de la tecnología, requiere "estar con el paciente enfermo terminal" y contribuir a la toma de decisiones, que es un proceso personal e incomparable. (Fernández, Granero, Aguilera, Castro, Hernández & Márquez, 2012)

El incremento de los recursos es esencial para proporcionar a los trabajadores de salud en el hospital, con las habilidades y técnicas para atender a pacientes en situaciones límite de la vida. Esto incluye el núcleo de trabajo de contexto-entorno e interpretar y facilitar la transición de mantenimiento activo a la atención activa en la fase terminal, así como el cuidado paliativo para facilitar una "buena" muerte, por lo tanto, una cuidadosa consideración de los componentes de una muerte digna puede ayudar en el desarrollo de intervenciones de enfermería que mejorarán el proceso hasta llegar a ella, además de la mejora y disminución de la hospitalización. (Borbasi, Wotton, Redden, & Champan, 2005).

Existen numerosos facilitadores que pueden hacer que alcanzar proceso de muerte digna sea mucho más sencillo para el paciente. Algunos de ellos son:

- Hacer cambios ambientales para facilitar el morir con dignidad (musicoterapia, luminosidad) (Renea et al. 2006).
- Facilitar el transporte del paciente del hospital a la vivienda particular en los momentos finales de vida (Renea et al. 2006).
- Los miembros del equipo de salud deben recibir educación sobre el cuidado de final de vida. (García, 2014).
- Apoyar la formación de los profesionales sanitarios sobre los derechos de los pacientes, fundamentos de ética al final de la vida y, sobre todo, asistencia al proceso de morir (Montes, Pedrós, Soler, & Marín, 2012).

- Promover políticamente la muerte digna en los partidos políticos, los sindicatos y las organizaciones sociales (*Montes et al. 2012*)
- Educación de las familias de pacientes y la comunidad sobre las unidades de cuidados críticos y los SUH. (*Renea et al. 2006*).
- Comunicarse eficazmente entre el equipo profesional de la salud. (*Renea et al. 2006*).
- La fe puede ayudar a dar sentido al proceso de morir, dando respuestas en la búsqueda de una razón de existencia. Una enfermedad terminal funciona como un estímulo focal, una amenaza que provoca acciones de adaptación en el paciente. El fenómeno de la fe, junto con la familia, religión, edad y género, implica estímulos contextuales que pueden influir en el proceso de búsqueda de un significado. Se puede hablar de muerte sin mencionarla; la fe juega un papel determinante en relación a este hecho inevitable. Se ayuda a encontrar y dar un significado personal al hecho de morir (*Granero et al. 2013*).

CONCLUSIONES

Tras realizar esta revisión podemos afirmar que:

- Estamos en un momento crucial para la profesión enfermera en el que, a través de los nuevos programas universitarios de grado se darán oportunidades para avanzar en el nivel de implicación y protagonismo de esta profesión en el cuidado de las personas, familia y sociedades. Se abre la puerta a la investigación y con ella a la posibilidad de ampliar y mejorar los conocimientos para un progreso en los cuidados enfermeros.
- Se hace indispensable la responsabilidad moral de los profesionales orientada a una asistencia excelente y la formación insuficiente en bioética repercute en los enfermos y en sus derechos. La bioética puede servirnos de gran ayuda a la hora de resolver conflictos que se nos plantean en el día a día ya que el número más importante de incertidumbres a la que nos enfrentamos no se deben tanto a cuestiones estructurales, sino más bien a déficits de formación en ética en los profesionales. La responsabilidad del profesional de enfermería en los cuidados

es primordial, tanto en los cuidados como a la hora de tener presente que toda persona tiene derecho a morir con dignidad.

- Llevar a cabo planes de remodelación en la estructura de los Departamentos de Emergencias sería de gran utilidad para hacer que la dignidad de los pacientes moribundos no merme a la hora de acudir a este servicio y, por el contrario, la intimidad, la autonomía, la autoestima y la propia dignidad no se vean afectadas.
- Realizar una campaña de concienciación para la sociedad de modo que el proceso de muerte sea visto como algo natural reduciría problemas sociales comunes como la aceptación de dicho proceso o el temor a enfrentarnos a la muerte.
- El gran aumento saturación de los SUH deteriora la efectividad y la calidad de su labor asistencial. Esta situación conduce a la insatisfacción de pacientes y familiares, con riesgo de reclamaciones y conflictos médico-legales. Por otra parte, también propicia la insatisfacción profesional y el riesgo de estrés del personal sanitario. Los SUH se encuentran en un continuo progreso derivado directamente del avance tecnológico que se ha llevado a cabo en los últimos años en materia de sanidad.
- Llevar a cabo una concienciación de todos los organismos que intervienen en la sanidad se tercia como algo imprescindible para hacer que haya un progreso continuo en el que el paciente sea la parte principal del acto sanitario.
- Existe un largo camino hasta alcanzar la muerte sin la pérdida de dignidad en el SUH debido a problemas estructurales, demográficos, asistenciales y éticos.

Por todo ello, sería recomendable que se llevaran a cabo estrategias de mejora de la calidad asistencial, no solo de los SUH, sino de todos los organismos sanitarios, para que los déficits que puedan haber en temas éticos, técnicos y de infraestructura se puedan paliar y que así el proceso de muerte sin la pérdida de la dignidad de las personas se convierta en algo tan corriente como necesario.

BIBLIOGRAFÍA

Aries, P. (2000). Historia de la muerte en occidente. Desde la edad media hasta nuestros días. Barcelona: El Acantilado.

Barbera, L., Taylor, C., & Dudgeon, D. (2010). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. Canadian Medical Association Journal, 182(6), 563-568. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091187>

Barnosi, A., Rodríguez, M., Lazo, A., Collado, A., Marín, N., & Kessel, H. (2002). Cincuenta y seis muertes. Revista Española De Geriatria Y Gerontología, 37(5), 244-248. [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(02\)74817-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(02)74817-8)

Bayés, R. (2001). La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. Barcelona: Humanitas Médicas, 1(1).

Beckstrand, R., Clark Callister, L., & Kirchhoff, K. (2006). Providing a "good death": critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. American Journal of Critical Care, 15(1), 38.

Borbasi, S., Wotton, K., Redden, M., & Champan, Y. (2005). Letting go: a qualitative study of acute care and community nurses' perceptions of a 'good' versus a 'bad' death. Australian Critical Care, 18(3), 104-113. [http://dx.doi.org/10.1016/s1036-7314\(05\)80011-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1036-7314(05)80011-6)

Boyle, A., Beniuk, K., Higginson, I., & Atkinson, P. (2012). Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. Emergency Medicine International, 2012, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/838610>**BUSTAMANTE, C. G.**

Bustamante, C.G. (2013). Distanasia, encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica. Revista de actualización clínica investiga, 32.

Chochinov, H.M., Hack, T., McMlement, S., Kristjanson L., Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc SCI MED.; 54(3), 433-443.

Chochinov, H.M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. Journal of clinical oncology, 22(7), 1336-1340.

Chochinov, H.M. (2002). Dignity conserving care. A new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 28(17), 2253-2260

Cobo, J.C. (2005). *Geriatría y gerontología. Atención integral al anciano*. Jaén: Formación Continuada Logos.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: UNESCO. (2016). Portal.unesco.org. Retrieved 17 Mach 2016, from http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Díaz, J. (2012). *Guía práctica de lectura crítica de artículos científicos originales en Ciencias de la Salud*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. Disponible en: http://www.chospab.es/biblioteca/DOCUMENTOS/GUIA_PRACTICA_LECTURA_CRITICA_ARTICULOS_CIENTIFICOS_ORIGINALES_CIENCIAS_SALUD.pdf

Errasti, B., Martínez, M., Carvajal, A., & Arantzamendi, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, (2).

Fernández, C., Aranda, C., Muñoz, J. M., & Universidad de Almería. Departamento Ciencias Humanas y Sociales. (2012). *Afrontar la muerte en ciencias de la salud*.

Fernández, C., Cortes, M., Hernández, J., Torres, C., Terrón, J., & Granero, J. (2015). Defining dignity in end-of-life care in the emergency department. *Nursing Ethics*. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733015604685>

Fernández, C., Granero, J., Manrique, G., Castro, A., Hernández, J., & Márquez, J. (2012). New regulation of the right to a dignified dying in Spain: Repercussions for nursing. *Nursing Ethics*, 19(5), 619-628. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011429016>

Forero, B., McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S., Mohammed, M., Shanley C., Formby F & Hillan, K., (2012). A literatura Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emergency Medicine International*, 2012, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/486516>

García, A., Rodríguez, A., Hernández, C., Cortés, C.M., Montoya, M., Jiménez, F.R., Vega, F., Vergel, I.F., Caparrós, J.C., Pérez, L., Jiménez, M., Sardinero, M. & Fernández, M.J. (2013). *Manuel de Cuidados de Enfermería en Situaciones Complejas de Salud*. Almería: Sistemas de Oficina de Almería, S.A.

Gómez, P. (2009). Principios básicos de bioética. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 55, 230-233.

Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética* (4th ed). Madrid: Triacastela.

Granero, J., Díaz, M., Hernández, J., García, M., & Fernández, C. (2016). Loss of Dignity in End-of-Life Care in the Emergency Department: A Phenomenological Study with Health Professionals. *Journal Of Emergency Nursing*, 42(3), 233-239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.020>

Granero, J., Díaz, M., Márquez, J., Castro, A., López, O., & Fernández, C. (2013). Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience?. *European Journal Of Cancer Care*, 23(3), 300-309. <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12150>

Hack T.F, Chochinov H.M, Hassard T, Kristjanson L.J, McClement S, Sarlos M. (2004). Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology*.; 13(10), 700-708.

Historia del Servicio de Urgencias y Emergencias en España. (2016). Retrieved 3 April 2016, from <http://www.epes.es/visita/SEMS/capitulos/4.pdf>

Hooft, P. & Hooft, L. (2013). Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz. La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la ley de muerte digna. *Bioethikos*, 7, 91-111.

Johnson, S. (2005). The Social, Professional, and Legal Framework for the Problem of Pain Management in Emergency Medicine. *The Journal Of Law, Medicine & Ethics*, 33(4), 741-760. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-720x.2005.tb00541.x>

LeFebvre, E. & Platts-Mills, T. (2015). Resuscitating End-of-Life Care. *Annals Of Emergency Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.11.006>

Lefebvre, E. & Platts-Mills, T. (2015). Resuscitating end-of-life care. *Annals of emergency medicine*.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte, 2010).

Macpherson, A. (2010). Puntos débiles en una sanidad de alto nivel. Los pacientes ingresados exigen más intimidad e información en los centros sanitarios. *La vanguardia*.

Montes, L., Pedrós, F., Soler, F., & Marín, F. (2012). Qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya la exigencia de una muerte digna. AKAL.

Thompson, G. (2014). Is there a role for palliative care in reducing emergency department use by older adults? *Clinical Practice*, 11(3), 251-254. <http://dx.doi.org/10.2217/cpr.14.14>

Tudela, P. & Mòdol, J. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27, 113-120.

ANEXOS

ANEXO 1

Historia del Servicio de Urgencias y Emergencias en España

Preconstitucional

1948	Servicios médicos nocturnos de urgencia. (SS y APD).
1962	SEU (servicio especial de urgencias) de Madrid.
1964	SEU (ciudades mayores 90.000 hab.) (con recursos móviles).
1966	Servicio de Auxilio en Carretera (DG TRÁFICO). Asociación de Ayuda en carretera (DYA: detente y ayuda).
1968	Servicio Normal de Urgencias (sin recursos móviles).
1970-1975	Cruz Roja Española da cobertura al litoral.
1972	Creación del Servicio Especial de Urgencia (SEDU) de Murcia.
1974	Ley general de la Seguridad Social. Sociedad Española de Urgencia (SEMU).

Constitucional

1980-1983	Sección sanitaria del Servicio de Bomberos de Sevilla, de Catalunya, y del Ayuntamiento de Zaragoza (1983).
1981	Transferencias asistencia sanitaria de la Seguridad Social a Cataluña.* Se inicia el transporte interhospitalario con UVI móvil en Palencia y Madrid.
1982	UVI-móviles para el Mundial de Futbol (INSALUD Protección Civil).
1983	PASU Plan de Atención Sanitaria de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMIUC).
1983	Convenio Dirección General de Tráfico (Gobierno Central) e INSALUD para utilización de 13 UVIS-móviles para el Auxilio en Carreteras.
1984	Transferencias asistencia sanitaria Seguridad Social Andalucía.* Ayuntamiento y Diputación de Zaragoza ponen en marcha un Servicio de Salvamento Aéreo Medicalizado (desapareció al poco tiempo).

Plan de Información y Coordinación de Urgencias del Consell de la Generalitat, por el que se crea el Centro de Información y Coordinación de Urgencias y el Servicio de Ayuda Médica Urgente, en Valencia.

-
- 1985** Servicio de Asistencia Médica del Ayuntamiento de Castello. I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad en las que se aborda el transporte sanitario. En Catalunya se pone en marcha el Sistema de Coordinación de Emergencias Médicas, un plan piloto para la gestión del transporte interhospitalario.
-
- 1986** En Cataluña se da continuidad al proyecto de transporte interhospitalario, ya bajo el nombre de Sistema de Emergencias Médicas.
-
- 1987** El Instituto Catalán de la Salud crea el centro coordinador de la Región Sanitaria de Costa de Poniente, para la coordinación de las urgencias y emergencias de este territorio.
El Ayuntamiento de Barcelona transforma el Servicio de Ambulancias Municipal en el Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU), para la atención de las urgencias y emergencias extrahospitalarias de la ciudad. Emergencia Ciudad Real, Servicio integral no policial del Ayuntamiento. Congreso Mundial de Urgencias y Catástrofes en Sevilla.
-
- 1986-1988** Plan nacional de RCP.
-
- 1988** **Transferencias Sanitarias de la Seguridad Social a Euskadi y Comunidad Valenciana.***
Informe del Defensor del Pueblo. Plan Nacional de Ambulancias de CRE.
-
- 1989** Reconversión de la SEMU en Sociedad Española Medicina de Emergencias.
Plan Director del INSALUD sobre la asistencia de urgencias.
En Madrid se transforma el Servicio especial de Urgencias en el SEM y se crea el Centro coordinador y en 1990 puesta en funcionamiento 061.
-
- 1990** Subcomisión Urgencias del Informe Abril (Servicios de emergencia como empresas públicas).
-
- 1991** **Transferencias sanitarias Galicia y Navarra.***
Servicio coordinador de urgencias entre el Ayuntamiento Barcelona y Servicio Catalán de la Salud. 061 (SCUB061).

Creación del SAMUR - Protección Civil como el Servicio de emergencias urbanas de la Ciudad de Madrid.

-
- 1992** Inicia su actividad el teléfono de emergencias sanitarias 061 en Andalucía. Primeros Equipos de Emergencias en Córdoba, Málaga y Sevilla.
- Se crea la empresa pública SEM. S.A. del Servicio Catalán de la Salud, e inicia la actividad de atención a servicios primarios. A partir de entonces se desarrolla el SEM por los diferentes territorios.
-
- 1993** **Transferencias sanitarias a Canarias.***
- Constitución del Departamento de SAMUR - Protección civil por el Ayuntamiento de Madrid.
-
- 1994** Se crea Urgencias sanitarias 061 Canarias.
-
- 1990 – 1999** Desarrollo de las urgencias 061 en territorio INSALUD.
-
- 1994** Creación EPES Andalucía.
- Reestructuración Servicios de Urgencia de Euskadi.
-
- 1995** Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 de Galicia.
-
- 1996** En Catalunya se inicia el transporte interhospitalario pediátrico y neonatal, pionero en España.
-
- 1997** RD regulación 112.
- Convenio colaboración entre la DG de Protección Civil de CA de Murcia y el INSALUD para la coordinación con el 061.
- En Barcelona se aprueba la creación de la empresa pública SCUB.S.A.061.
-
- 1998** Ordenación de Emergencias generales en Baleares.
- Centro de Coordinación Emergencias y Seguridad Canarias.
- Convenio coordinación urgencias extrahospitalarias y emergencias sanitarias entre Ayuntamiento Madrid, CRE e INSALUD.
- Creación de la Gerencia de Emergencias del 061 de Murcia, dependiente del Servicio Murciano de Salud.
- Se constituye el Centro Coordinador Sanitario de Tarragona (CECOSAT), dependiente de la empresa pública GPSS, del Servicio Catalán de la Salud.
-

2000	Entra el funcionamiento el 061 ARAGON (creación de la Central de Emergencias. Resolución de 26 de julio de 1999, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD.
2001	Transferencias sanitarias Seguridad Social al resto de las CCAA.*
2001	Integración en el 112 de todos los servicios de emergencia de Extremadura.
2002	Se crea la Gerencia de urgencias, emergencias y transporte sanitario de Castilla - La Mancha.
2003	Se crea la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.
2004	Plan Integral de Urgencias y Emergencias de la CA Madrid (SUMMA 112)
2005	Agencia Navarra de Emergencias. En Cataluña se produce la integración de SCUB. S.A. 061 y del CECOSAT en SEM S.A.
2006	RD103/2006 por el que se establece la cartera de servicios del SNS (se regula por primera vez las prestaciones de urgencia y emergencia).
2007	Dependencia del SEM de la Dirección de Servicios Sanitarios de Asturias



***Ley General de Sanidad (Leyes Autonómicas según Transferencias)**

(Historia del Servicio de Urgencias y Emergencias en España, 2016)

ANEXO 2

Criterios de saturación del Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)

Retraso en el ingreso hospitalario una vez se ha tomado la decisión (< 90% de los pacientes ingresan en las 2 primeras horas después de la decisión)

Dificultades en la ubicación de pacientes que acuden con ambulancia (> 15 minutos).

Elevado porcentaje de pacientes en el SUH que esperan cama de ingreso (> 10%).

Pacientes que se marchan sin ser valorados > 5%.

Demora > 5 minutos en el proceso de triaje.

Índice de ocupación del SUH > 100 %.

> 90% pacientes con estancia > 4 horas.

Retraso en la valoración diagnóstica de pacientes (> 30 minutos).

(Boyle, Beniuk, Higgins &, Atkinson, 2012)