

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

MORIR CON DIGNIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: DE LA TEORÍA A LA PRAXIS

Autor principal MARÍA ANGUSTIAS PÉREZ CALVO

CoAutor 1 DOLORES SORIA ESPIGARES

CoAutor 2 M CARMEN MARTIN ALMENDROS

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave ETICA FRAGIL MUERTE DIGNIDAD

» Resumen

La muerte en urgencias hospitalarias es un acontecimiento cotidiano, sin embargo, habría que evitar que el enfermo terminal entrara en el hospital por urgencias. Se ha realizado un estudio cualitativo descriptivo observacional piloto, para la línea de investigación que proponemos. Con el objetivo general de conocer lo que piensan y sienten los usuarios, (familiares, enfermos y profesionales) sobre la muerte digna. Que aspectos habría que mejorar en el servicio y a nivel de atención domiciliaria para evitar que pacientes terminales, frágiles (todo paciente terminal es frágil) fallezcan en el área de urgencias en condiciones donde el espacio físico y la demanda asistencial no permiten la adecuada asistencia a este tipo de pacientes. El método utilizado fue observación participante durante dos meses, con entrevistas en profundidad a :5 enfermeras,3 auxiliares de enfermería,5 familiares,2 médicos residentes, y médico adjunto de medicina interna, por ser esta la especialidad que recibe el mayor porcentaje de pacientes terminales ,cuando se satura la unidad de cuidados paliativos. La valoración fue continua anotándose en cada turno los datos más relevantes. Las conclusiones confirman la necesidad de proseguir el estudio, y el cambio de mentalidad en la población con respecto al

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Los Servicios de Urgencias son con frecuencia la vía de acceso del ciudadano a la asistencia sanitaria y estancia de pre hospitalización. Entre los efectos adversos EA que se producen en los Servicios de Urgencias, en lo que respecta al paciente terminal, se incluyen, además del propio hecho de sacarlo de su entorno en una situación pre-agónica, en urgencia está sujeto a la proporción importante del total de los efectos adversos debidos a la propia asistencia sanitaria y cuando las urgencias están colapsadas, a permanecer más tiempo del estrictamente necesario en una camilla, bien en sala de cuidados o en el pasillo. Entre los factores propiciadores se encuentran la masificación, la faltas de camas en las áreas de hospitalización de paliativos. Por parte de la familia, como confirma el estudio piloto realizado en el servicio de urgencias del HUVN de Granada, hay un porcentaje alto que manifiestan miedo, no saben qué hacer, prefieren acudir antes de que se mueran en el domicilio por no sentirse capacitados para afrontar este momento, aunque reconocen que la situación es terminal y la muerte es inminente. La realidad es que el enfermo en lugar de permanecer en su medio(domicilio o institución) con medidas de confort y control de síntomas, inicia una andadura en ambulancia, cambios de camilla, consultas médicas, de enfermería ,técnicas y pruebas diagnósticas innecesarias etc. En casos puntuales se pasa a sala de observación si hay disponibilidad de camas, y también se dan situaciones precipitadas en las que se ubican en el box de cuidados críticos para que no se mueran en el pasillo. Desde la perspectiva Aristotélica existe una íntima relación entre la teoría y la praxis. La observación cotidiana de esta realidad, la nuestra como profesionales implicados con cuotas de responsabilidad, moral, ética, y jurídica, en consonancia con las competencias de cada profesión, lleva a un análisis pausado, a una contemplación previa y posterior de la praxis a preguntas: ¿Cómo se concibe la muerte en nuestra sociedad, qué significa morir con dignidad? , ¿Qué se debería mejorar para que las pacientes frágiles en situación terminal no pasen por el protocolo general de urgencias? Objetivo general: Conocer cómo perciben la muerte, y lo relacionado con el proceso de muerte digna los usuarios y profesionales implicados en el área de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Objetivos específicos: 1º Adecuar los contenidos recogidos en la ley de muerte digna a la práctica cotidiana.2º Realizar un protocolo

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Contexto de partida) Cuando un enfermo terminal en situación pre-agónica, llega al servicio de urgencias lo razonable, lo ético y moralmente asumible sería que él y sus seres queridos pasaran lo antes posible a una estancia donde se le prestaran los cuidados integrales pertinentes, preservando su intimidad y privacidad, y sobretodo otorgándole el derecho a la muerte versus derecho a la dignidad de la muerte. Afortunadamente existe la ley de muerte digna, en la cual Andalucía es pionera, pero en la realidad cotidiana ni siempre la teoría se plasma en práctica. El ideal a nuestro juicio y de acuerdo con la bibliografía consultada es que estos pacientes permanezcan en su domicilio, entiéndase también residencias geriátricas, pero si por los motivos que sean son traídos, el servicio debe contar con la infraestructura y capacitación profesional para atender en concordancia con la esta ley. En occidente según Philippe Aries se distinguen dos momentos en la forma de vivencias de la muerte: uno previo a su institucionalización (hospitalaria), la muerte es aceptada como proceso natural de la existencia y no infunde miedo, el segundo arranca de los años 1930 el hospital empieza a ser el lugar reservado para morir; aunque hasta los años 60 del siglo XX la muerte acontecía en el domicilio familiar, lo que hacía que hasta los niños la vivieran como normal dentro del proceso vital. Luego hemos invertido a la muerte de inconfesables temores hasta desterrarla de nuestras casas, eliminándola incluso de nuestro lenguaje, negándola e incluso ocultándola construyendo tanatorios. En los estándares de calidad del plan andaluz de urgencia y emergencias se dice: Que se hace imprescindible adaptar nuestro entorno asistencial basándose en las nuevas necesidades para que el ciudadano continúe beneficiándose de ello. El enfermo frágil y terminal que viene urgencias plantea la necesidad de una atención integral tanto a él como a sus familia y de un lugar, entiéndase sala, donde sea derivado directamente desde la consulta de RAC, y para ello la elaboración de un protocolo por el equipo interdisciplinar del servicio pasado por el comité de ética y aprobado por la dirección del hospital. En bioética y profesionales la Consejería de salud plantea objetivos y actividades concretas como por ejemplo: Los profesionales sanitarios deberán adaptar su actividad al marco jurídico para que la profesión sanitaria pueda adoptar de forma adecuada este enfoque, las instituciones en las que trabajan sus profesionales deben facilitarles un soporte adecuado. Por eso parece imprescindible, en el marco de las estrategias de Bioética, dedicar un apartado específico para los profesionales. Teniendo como primer objetivo la incorporación sistemática de las dimensiones éticas en la práctica profesional de quien trabaja en el SSPA, mediante la mejora de las competencias adecuadas para ello. Formación específica de los profesionales que trabajen en el marco de la UGC urgencias y emergencias, paliativos, sobre las dimensiones éticas y jurídicas de la atención al fiAdela cortina en ética de la razón cordial define la ética cívica como el conjunto de valores y principios éticos que una sociedad moralmente pluralista comparte y que permite a sus miembros construir la vida juntos, y continua diciendo que dos registros dan luz sobre el capital ético de una sociedad: la vida

los valores y principios que son fundamento de la moral y , a la vez problemas como la biotecnología provocan crisis de crecimiento en concepciones de persona, de vida humana y de la vida sin más de la muerte. nal de la vida, en función de su desarrollo competencial y de sus necesidades individuales. Francesc Torralba se pregunta ¿Que significa la expresión morir con dignidad, la dignidad es una palabra vacía? La expresión es confusa, no se sabe exactamente qué quiere decir nuestro interlocutor cuando emplea esta expresión. Quizás la aproximación negativa aclare más. Se puede decir que morir indignamente es morir solo, abandonado en un espacio inhóspito y anónimo. Morir indignamente es morir sufriendo incesantemente, morir atado a un artefacto que acaba convirtiéndose en el soberano de los últimos días, podemos imaginar que morir indignamente es algo así como morir incomunicado rodeado de personas insensibles, especialistas sin alma, burócratas que desarrollan mecánicamente sus funciones profesionales. En ética y muerte digna, se dice: Que todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente, deseo reconocido como preámbulo de los derechos humanos, lo que lleva a pensar que parece existir un firme acuerdo internacional en defensa de este principio ético-jurídico formal de raíces Kantianas y judeocristianas como marco para encajar cualquier propuesta normativa. A la idea de muerte digna le pasa lo mismo. La muerte forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano. Una vida digna requiere una muerte digna, no se puede truncar por una muerte indigna. La cuestión radica en articular el concepto de vida para que la muerte también lo sea. La asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1999) en la recomendación 1418 habla de la dignidad de los seres humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, habla explícitamente del derecho a la muerte digna y toda la recomendación está atravesada por la insistencia en reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a manos de terceros. En esta línea los desarrollos del derecho positivo sobre esta materia han evitado el uso de la expresión derecho a la muerte digna .Como ejemplo

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Este estudio nos confirma la necesidad de profundizar y seguir en esta línea de investigación mediante un estudio cualitativo de investigación-acción para sensibilizar e intentar modificar la percepción con respecto al miedo que se tiene a la muerte en el domicilio.

Adaptación de un espacio en urgencias para el enfermo que entra en situación agónica.

Realizar un protocolo específico.

Formación para los profesionales siguiendo las líneas sobre muerte digna.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El pesimismo y el recelo tácito contribuyen a la falta de colaboración. Sin embargo, apoyados en documentos oficiales estatales y autonómicos estimamos necesario y saludable realizar el estudio.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Sensibilizar a los usuarios mediante talleres a cuidadoras, familiares y profesionales.

» Propuestas de líneas de investigación.

Proseguir el estudio en la unidad de gestión del servicio de críticos y urgencias-

» Bibliografía.

Gafo J. Ética y legislación en enfermería. Madrid: Universitas:1994.

Torralba Roselló F. ¿Qué es la dignidad humana?. Barcelona :Heder:2005.

Cortina A. Ética de la razón cordial educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Novel:2007.