



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-2017)

Trabajo Fin de Grado

**LA MUERTE DIGNA Y SU APLICACIÓN EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

Alumna: Minerva Calvo Sandino

Tutor: D. Rafael Manuel Medrano López

(Junio), 2017



ÍNDICE

PÁGINAS

Contenido

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	2
	EL LOGRO DE UNA MUERTE DIGNA: LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	7
	COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE - FAMILIA FRENTE A LA MUERTE.....	9
III.	JUSTIFICACIÓN.....	13
IV.	OBJETIVOS.....	13
V.	MATERIAL Y MÉTODOS	14
VI.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	16
VII.	CONCLUSIONES	26
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	27
IX.	ANEXOS.....	34
	Anexo 1.....	34
	Anexo 2.....	38
	Anexo 3.....	39
	Anexo 4.....	42



I. RESUMEN

Introducción: La muerte es el final de la vida y la terminación del ciclo vital. Todo individuo tiene derecho a morir con dignidad. El contexto de la muerte es variable y dinámico, se ha pasado de morir en casa y rodeado de familiares, a morir en el hospital. En España actualmente el 47,2% de las personas mueren en el hospital y de ellas, el 35%, lo hacen en el Servicio de Urgencias. Esto evidencia que más de la mitad de la población fallece en lugares inadecuados para atender el proceso de agonía y del final de la vida.

Objetivo: Realizar una revisión bibliografía de la literatura científica publicada sobre la “Muerte digna “en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Material y Métodos: En la revisión bibliográfica realizada se han consultado artículos procedentes de las bases de datos Cuiden, Cochrane Plus, Dialnet, Scielo, Elsevier y Pubmed. Las palabras clave utilizadas son: muerte digna, urgencias, enfermería, cuidados al final de la vida, bioética y voluntades anticipadas.

Resultados y Discusión: Uno de los indicadores de calidad de la atención dispensada al final de la vida, es el lugar donde ocurre la muerte. Los Servicios de Urgencias no son los lugares más apropiados, son servicios saturados y con alta presión asistencial. Se demanda también, la formación en “Cuidados Paliativos” para el personal sanitario, por ser la formación más específica en los cuidados de una muerte digna. Los profesionales de enfermería son indispensables a la hora de asegurar una atención de cuidados de calidad y especializados dentro del paradigma comunicación enfermera-paciente-familia y humanización.

Conclusiones: Dada la demanda creciente de atención a pacientes terminales, se debería facilitar la derivación hacia unidades más especializadas e incrementar la formación de los profesionales de enfermería, así como la elaboración de protocolos en urgencias para facilitar una atención de calidad durante este proceso.

Palabras Clave: Muerte Digna, Servicio de Urgencias Hospitalario, Comunicación, Cuidados Paliativos.



II. INTRODUCCIÓN

La vida es un don que recibe la persona para vivirla responsablemente, entonces ¿es un don elegir como morir?

La muerte es la parte final de la vida y terminación del ciclo vital de todo ser vivo. No hay acontecimiento más misterioso que la muerte⁴. Así mismo forma parte de la vida de cada uno, constituyéndose como un momento personal y único. Y aunque vivir y morir forman parte de lo mismo, morir siempre es considerado como el precio que pagamos por haber vivido¹⁴.

El concepto y definición de muerte ha cambiado a lo largo del tiempo, en culturas, religiones y pensamientos. Preguntas como: ¿Tengo derecho a elegir como quiero morir?, ¿tengo derecho a morir con dignidad?, ¿qué se conoce acerca de la muerte digna?, todas ellas han generado debates públicos de amplia relevancia mediática, social y política¹.

La sociedad se identifica con la juventud y la salud, negando en todo momento el final de la vida¹³. Es cierto que nunca se está preparado para la experiencia de la muerte, ya que la mayoría de las veces nos toma por sorpresa. Pensamientos como “eso le puede pasar a otro, pero a mí no” es la obtención de la visión del final de la vida como algo lejano y ajeno. En cambio, cuando un ser humano sabe que su muerte se acerca empieza a dar importancia a cosas que antes no valoraba, incluyendo en esto un cambio de actitud en su persona⁴. De igual forma va a ser la medicina la gran enemiga de este proceso porque ella es la que día a día lucha por vencerla¹³.

Al tratar un tema como el de la muerte digna, es fundamental referirse al concepto del hombre como persona. La idea de que el hombre tiene el derecho a morir con dignidad se constata como el derecho de vivir humanamente su propia muerte con el acto de intervención de su libertad. Sin embargo, cabe destacar que la muerte no acaece en la libertad, ya que inevitablemente cada uno de nosotros moriremos y lo único que podría estar sujeto a esa libertad será la actitud que adoptemos ante la muerte. Comprender lo que una persona considera morir bien es tomar en cuenta sus valores culturales y religiosos, y por lo tanto la muerte en ciertas ocasiones puede considerarse como un alivio o como una tragedia¹. Entonces, ¿puede la sociedad obligar a las personas a vivir en contra de su voluntad?



La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, recoge y profundiza en los derechos individuales, regulando el testamento vital o voluntades anticipadas y teniendo como principio básico la dignidad del individuo y el respeto a la autonomía de su voluntad². En el polo opuesto encontramos que para la religión y la moral no están aceptados ni el suicidio asistido ni la eutanasia y tampoco lo están en el ámbito legislativo, castigados ambos por el **Código Penal Español** de 1995. Pero simultáneamente encontramos que el principio ético de beneficencia se refiere a la obligación de hacer el bien o de ayudar al ser humano, observando que mientras para unas personas morir dignamente se refiere a tomar las decisiones sobre el final de su vida como puede ser la eutanasia, para otras morir dignamente es la posibilidad de morir sin dolor, acompañado y sin incluir la solicitud al profesional sanitario para que facilite dicha muerte¹. Por consiguiente, a la hora de atender a los pacientes en el proceso al final de la vida hay que proporcionarles un cuidado basado en un marco legal y estos cuidados deben ser iguales para todo tipo de pacientes, todos ellos seguidos por los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Es por estas razones que es importante saber distinguir conceptos que hoy día pueden llevar a las personas a malinterpretar el significado de morir con dignidad o mismamente a confundir el derecho a una muerte digna, para ello se muestran en la siguiente tabla:

Muerte Digna u Ortotanasia¹	Designación que ostenta toda persona que padece una enfermedad irreversible e incurable (estado de salud terminal) a morir sin dolor físico ni sufrimiento psíquico innecesario, siendo conocedor de todos sus datos relevantes sobre su propia situación clínica, respetando en todo momento sus decisiones y manteniéndose arropado por un entorno acogedor y acompañado si así lo desea.
---	---



Distanasia u Encarnizamiento u Obstinación Terapéutica³⁷	Prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con enfermedad terminal mediante tratamientos que prolongan la vida y la agonía sin tener en cuenta la calidad de vida del enfermo.
Eutanasia³ <i>Ley de Holanda y Bélgica (2002)</i>	Actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque éste, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar por otros medios.
Sedación Paliativa³	Administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios.
Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)³	Retirada o no inicio de medidas terapéuticas por la ponderación del equipo profesional que estima que resultan inútiles para la situación concreta de un paciente.
Suicidio (Médicamente) Asistido³	Actuación de un profesional sanitario (o tercera persona), a petición expresa y reiterada de su paciente que padece una enfermedad irreversible, la cual le ocasiona un sufrimiento que se experimenta como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios, a proporcionarle los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.



Homicidio³	Matar a alguien, sin su petición, sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento.
Asesinato³	Matar a alguien con alevosía, ensañamiento o mediando precio.

Tabla 1: Descripción correcta de términos. Descripción de palabras que rodean a las decisiones sanitarias en torno al final de la vida y a la palabra “Muerte Digna”.

Cabe destacar que, la muerte digna se diferencia de la eutanasia en que la primera nunca propone un adelantamiento del fin de la vida, sino que la muerte ocurre cuando debe ocurrir. En esencia, la eutanasia no es sinónimo de muerte digna.

Cada día la muerte se aleja más de la vida cotidiana, se ha pasado de morir en casa rodeado de familiares a morir en hospitales. El 45,5% de la población española desea que su fallecimiento ocurra en su domicilio o en un centro especializado para enfermos terminales, sin embargo, el cumplimiento de estos deseos es bien distinto, pues el 47,2% de la población fallece en centros hospitalarios³. Dentro de este porcentaje, son los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) los que soportan la mayoría de esa proporción. Según los datos que aporta Màrius Morlans⁵, más de la mitad de los pacientes (54%) mueren en el hospital, y el 40% de ellos son de cáncer, que llama la atención que el 35% de las defunciones hospitalarias ocurren en el servicio de urgencias y el 20% en las unidades de cuidados intensivos y por lo tanto más de la mitad de los pacientes mueren en lugares que no están diseñados para atender el proceso de agonía y el final de la vida⁵.

En España se sigue muriendo mal y es que según la SECPAL debería haber al menos una unidad de cuidados paliativos por cada 80.000 habitantes. Se estima que la mitad de los pacientes que precisan de esta atención no la reciben por la falta de recursos existentes en los distintos servicios públicos de salud, lo que conlleva a que cada día en nuestro país mueran más de 300 personas que precisan de cuidados paliativos. Un claro ejemplo son las carencias en las unidades de cuidados paliativos pediátricas, apenas obtienen asistencia especializada unos 1.000 niños de un total de entre 7.000 y 10.000 casos al año⁵².

Así mismo la OMS recomienda un equipo domiciliario por cada 150.000 habitantes,



por lo que en España tendría que haber un total de 306 equipos y apenas encontramos 150. La atención a los pacientes terminales no es de gran prioridad en nuestro sistema sanitario y al fin y al cabo, todos vamos a serlo algún día⁵.

Considerando todo lo anterior surgen dudas como: ¿Existen tratamientos médicos excesivos?, ¿existe una guía para tomar decisiones según nuestras creencias? En nuestro país los enfermos crónicos no tienen una buena información sobre el carácter evolutivo de su enfermedad y desconocen la existencia del documento de voluntades anticipadas o testamento vital. Este documento es tan solo conocido por un porcentaje inferior al 25% y es en el cual se pueden registrar los deseos del individuo para cuando llegue el final de su vida⁴⁹.

En 1983 se constituye en España la asociación federal del Derecho a Morir Dignamente (AFDMD), registrada en el Ministerio del Interior con el fin de promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, de elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla y para defender, de modo especial, el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a morir sin sufrimientos, si este es su deseo expreso². Esta asociación se encuentra presidida desde el año 2009 por Luis Montes Mieza, investigado y denunciado en el año 2005 ante los tribunales por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, acusado de practicar sedaciones en dosis elevadas a enfermos terminales en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa, conocido como “el caso Leganés”. Los tribunales cerraron el caso dictaminando la inexistencia de mala praxis, ya que las causas de los fallecimientos de los casos analizados no podían ser atribuidos a la sedación².

Casos como el de Ramón Sampedro, Inmaculada Echevarría, Madeleine Z., Manel Casanova y Andrea Lago han dejado huella y gran impacto en nuestro país, los cuales siempre han ocasionado debates de gran envergadura sobre el tema de la muerte digna². Recientemente destaca el caso de José Antonio Arrabal fallecido el pasado 2 de abril, el cual graba su propio suicidio tras ingerir una mezcla letal de fármacos que había adquirido por internet, con el fin de reclamar la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro país¹⁶.

A pesar de todos los debates que genera la muerte digna a día de hoy, cabe hacer



una última mención a la **Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte** implantada por la Comunidad Autónoma de Andalucía en marzo del año 2010. En la que se aumenta la seguridad jurídica de aquellos defensores del derecho a una muerte digna⁹. Seguidamente es instaurada por Aragón y Navarra en el año 2011; Canarias, Baleares y Galicia en el año 2015; País Vasco en el año 2016 y finalizando con Asturias y Madrid en el año 2017².



Figura 1: Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte en España. Representación de las distintas Comunidades Autónomas con distintas tonalidades de azul según la aplicación de la ley hasta el año 2017, expresado con azul oscuro las que sí la tienen y con azul claro las que no.

En todo este tiempo se ha hecho poco a poco un largo camino acerca de que se considera muerte digna y lo que no. El individuo es digno por el hecho de ser persona y merece ser respetado independientemente del status en el que se encuentre. Teniendo en cuenta todo esto, la muerte compromete una realidad ineludible por lo que se debe preservar la dignidad del morir y así no convertir la muerte digna en un derecho³.

EL LOGRO DE UNA MUERTE DIGNA: LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

Los grandes avances de la medicina propician la función de aliviar cuando la curación y la prevención no son la solución. Surgen a continuación los Cuidados Paliativos, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “planteamiento que mejora la calidad de vida de pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la



impecable evaluación y tratamiento correcto del dolor y otros problemas de orden físico, psicosocial y espiritual¹⁰.

En busca de estos cuidados especializados acuden los pacientes terminales y sus familiares, teniendo en cuenta todo esto, ¿qué se entiende por paciente terminal? Es fundamental no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable, para ello se encuentran los siguientes elementos que clasifican a la persona como paciente terminal⁸:

- ❖ Presencia de la enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- ❖ Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- ❖ Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- ❖ Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- ❖ Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Estos cuidados tratan de ubicar al paciente para afrontar una muerte con dignidad, centrándose en mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas, a través de un equipo de salud multidisciplinar coordinado y capacitado para ello.

Así pues, se considera a la medicina paliativa como la respuesta bioética a la situación terminal de una persona³⁴.

En la atención de Cuidados Paliativos dentro de Europa, actualmente España ocupa el puesto 26 y suspenso con un 4,2 acerca de la atención al final de la vida, siendo un porcentaje muy elevado exactamente el 70% que mueren en condiciones de sufrimiento¹². Se debe recuperar y apreciar la dignidad de la vida y para ello cabe subrayar que el Estado Español tiene una carencia hacia la asistencia a enfermos terminales, ya que solo un 30% de estos pacientes pueden beneficiarse de ella, los demás mueren con un sufrimiento innecesario, sin un entorno adecuado y en malas condiciones⁵.

En España, más de la mitad de la población fallecida a lo largo de un año, lo hace en lugares que no están diseñados para atender el proceso de la agonía y con ello el final de la vida. Se está en la obligación de preservar la dignidad del paciente a morir y por lo tanto no convertir los cuidados paliativos en un derecho a la muerte.



COMUNICACIÓN ENFERMERA – PACIENTE - FAMILIA FRENTE A LA MUERTE.

La atención al enfermo terminal constituye una de las competencias más importantes del personal sanitario, cuyo logro ya no es desligar al paciente de su enfermedad, sino ayudarlo a morir o lo que es lo mismo a vivir dignamente hasta el día final.

Nace así un nuevo tipo de asistencia y el abordaje humano de la muerte pasa a ser competencia absoluta de todo el equipo sanitario. Lo más importante para lograr una muerte digna será basarse en los mecanismos más antiguos de la medicina, que son hablar, oír y comunicarse con el paciente-persona, como bien menciona el Dr. Robert Paul Liberman de la universidad de la UCLA (Universidad de California en Los Ángeles), se debe dar una atención integral en el seno de un equipo multidisciplinar y el paciente-persona tiene todo el derecho a conocer la verdad cuando se ve comprometida su salud, para poder desear como querer vivir el tiempo restante que le queda⁴.

La medicina ha logrado prolongar la vida y combatir enfermedades mortales, pero nunca puede evitar la muerte. En la mayoría de las ocasiones el equipo sanitario se preocupa más por los enfermos que pueden recuperarse que por los que no, dado a que es más gratificante¹³. Así mismo el intento de prolongar la vida da como resultado una agonía y sufrimiento del paciente y familiares. Es responsabilidad del personal sanitario entender en todo momento las creencias, preocupaciones, anhelos y demás situaciones que el paciente tenga, y todo ello se consigue a través de la comunicación²³. Por lo que esta es y será la herramienta y factor básico en el trabajo habitual de las enfermeras ante pacientes terminales y será la que determinará el grado de satisfacción y trato recibido por parte de los pacientes³⁷.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios son el vértice de la pirámide en la atención médica urgente. Su presión asistencial es tal que en la mayoría de las ocasiones se encuentran colapsados³³. Por lo que estos servicios no son capaces de proporcionar unos cuidados óptimos al paciente terminal al final de su vida. Información proporcionada por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación recoge que uno de los indicadores de la actividad asistencial en los Servicios de Urgencias es la presión, la cual se valora en un 59,5%. Esta presión es cuantificada como los



ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias entre los ingresos totales del hospital⁷. Entonces ¿Existe una organización en los Servicios de Urgencias Hospitalarios para afrontar la muerte?, ¿son servicios capaces de proporcionar muertes dignas?, ¿Cómo son consideradas las muertes producidas?, ¿obtienen cuidados integrales todos los enfermos terminales?, ¿tienen los profesionales sanitarios conocimientos adecuados acerca de los cuidados que hay que proporcionar en estas situaciones?

La actividad Urgente en España supone un total de 47,2 millones de consultas al año, es decir, se cuantifica en una media de 1 persona/año y de las cuales 20,7 millones se producen en los Servicios de Urgencias Hospitalarios⁶. Un ejemplo claro de ello es el año 2014, a lo largo del cual los Servicios de Urgencias Hospitalarios recibieron un total de 26,97 millones de pacientes, más de la mitad de la población española⁷. En la actualidad estos servicios tratan a la mayoría de los pacientes terminales y debido a la gran carga de trabajo que estos servicios soportan, estos pacientes son aislados en un box y por consiguiente ante la presión asistencial de estas unidades pocas veces son visitados por el personal sanitario, una vez que consideran que estos pacientes tienen poca o ninguna expectativa de vida²⁹⁻³⁵. El problema radica como anteriormente se ha mencionado en la pérdida de comunicación entre el paciente-persona y el equipo sanitario, se debe primar el deseo y necesidad del paciente y no obtener el concepto de muerte como un simple término.

En el caso concreto de los profesionales de enfermería y sobre todo desde el inicio de nuestros estudios universitarios, se insiste en lo trascendental que es para nuestra profesión proporcionar un grado de calidad en los cuidados y para ello es irrenunciable mantener el contacto humano-emocional con el paciente-persona, sin embargo, nos encontramos con actitudes de profesionales sanitarios, con mayor o menor experiencia, que reflejan inevitablemente sin proponérselo una mala praxis ante pacientes terminales. Ejemplo de ello son respuestas como: “Tengo prisa, vuelvo en un minuto”, “hay más pacientes que atender a parte de usted”, “no hay más que hacer, solo esperar”, o tardar en responder a las llamadas del enfermo, así como asomarse y contestar “no pasa nada, eso es normal”, y ya frases entre los propios profesionales como: “que no se muera en mi turno” o “tenemos un paciente menos”⁴⁻¹³. Es



fundamental recordar que se tiene a una persona en una situación tan difícil como es la muerte y que esas actitudes marcan la diferencia entre la buena y la mala praxis ante unos cuidados de calidad tanto en la esfera técnica y ética como en la humana en definitiva. Por lo tanto, se debe de reflexionar sobre el principio moral “no hagas a otros lo que para ti no quieras” derivado de la máxima kantiana (obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca como un medio y obra sólo según una máxima tal que puedas al mismo tiempo querer que se convierta en ley universal¹⁵) y cuya organización del trabajo según la base de la calidad sea la relación enfermera – paciente – familia.

Y aunque la presión de trabajo es superior a la de otros servicios, la enfermera en todo momento debe hacer sentir su presencia y su calidez, respetando en todo momento al paciente, de modo que debe ayudar en todo lo que sea posible, debiendo valorar que está asistiendo al paciente terminal en el camino hacia el fin de su vida. El enfermo nunca debe sentirse solo y abandonado, son pacientes al borde de la muerte y en la mayoría de las ocasiones se muere con incertidumbre, ignorancia, verdades a medias y con miedo¹³. Por lo tanto, la comunicación enfermera – paciente – familia es un componente vital en los cuidados del paciente en la última etapa de su vida.

No solo los profesionales sanitarios son responsables de esta situación, los cargos políticos responsables de la gestión sanitaria y los gestores (gerentes, direcciones de enfermería, así como los ciudadanos con sus decisiones políticas) deben procurar que los recursos asistenciales cumplan los estándares de calidad europeos en inversión y en ratio de profesionales de enfermería–pacientes, así como en facilitar la creación de unidades de cuidados paliativos reales, eficaces y eficientes, bien dotadas de medios y materiales y al alcance de todos aquellos ciudadanos que necesiten sus servicios, como pacientes y/o como familiares¹⁹.

En definitiva todos queremos morir bien, con calidad y dignamente, por lo tanto, toda asistencia sociosanitaria al final de la vida debe proporcionar una atención integral al enfermo en todos sus aspectos físicos, psíquicos, sociales, emocionales y espirituales, es decir, abarcando los denominados cuidados holísticos. La regla básica y de oro en el contexto de la enfermería hacia una muerte digna en un paciente terminal es la humanización.



Las claves en esta tarea de humanización son las habilidades para la relación de ayuda que capacitan a los profesionales sanitarios en general y especialmente al profesional de enfermería, en la atención a pacientes en el final de su vida a través de la escucha activa, la respuesta empática, la personalización, la confrontación, la inmediatez, el autocontrol emocional y el aprendizaje continuo como responsabilidad ética¹⁷. Se destacan tres elementos fundamentales que confieren a la enfermera sus competencias relacionales y emocionales, que son¹⁷:

- ❖ **La Consideración Positiva:** A través de herramientas como la ausencia de juicio, la acogida incondicional de los sentimientos, la consideración positiva, la cordialidad y el calor humano.
- ❖ **La Empatía:** Haciendo un esfuerzo cognitivo, afectivo y conductual por captar la experiencia ajena, sus necesidades, sus sentimientos, sus expectativas, los valores que lo habitan y los recursos con los que cuenta.
- ❖ **La Autenticidad:** Que es estar en sintonía entre el mundo interior y la comunicación externa del profesional en el desarrollo de su trabajo. Le Confiere autoridad al profesional en la relación coherente con los propios valores, sentimientos y pensamientos.

A través de la acogida incondicional de los sentimientos generamos libertad y seguridad, permitiendo al paciente y a la familia en este trance de su vida drenar libremente las emociones proporcionando bienestar y confianza, de esta forma la relación profesional–paciente y familia se enriquece, se humaniza y se convierte en terapéutica. Además, ayudándonos de la consideración positiva, que se convierte en el pilar fundamental de la relación verdaderamente terapéutica, que no es otra que aquella que capta que la persona no es solo depositaria de dificultades, sino también lo es de poderosos recursos para afrontar la adversidad, frases como “creo en ti”, “lo estás haciendo muy bien”, “comprendo lo que sientes”, son las verdaderas protagonistas en la relación terapéutica. Por último, a través de la cordialidad y el calor humano se construye una relación afable y cálida, que no genera riesgos de exceso de confianza si se basa en el respeto y el mutuo reconocimiento, y es que lo contrario es fuente de lo denominado como deshumanización. Es entonces donde el respeto se gana en la confianza y en la gestión eficaz de las dificultades¹⁷.



III. JUSTIFICACIÓN

Abordar un tema como la muerte digna resulta complicado y dificultoso. Como menciona en su obra “Una muerte feliz” el teólogo suizo Hans Kung: “Una buena vida bien merece una buena muerte” y el lugar en el que ocurre la muerte es considerado como un indicador de calidad para la atención que se precise en la etapa final de la vida¹¹.

En el Servicio de Urgencias se ha producido un incremento de muertes y esto podría llevar a plantearnos diferentes cuestiones: ¿Son lugares adecuados para morir?, ¿Son consideradas muertes dignas?, ¿Son óptimos para proporcionar unos cuidados holísticos perfectos en un paciente terminal?, ¿Están los profesionales sanitarios de dicho servicio preparados para dar una muerte digna?, ¿podrían buscarse alternativas para las personas que están en el proceso de morir?

El propósito de este trabajo, es dar respuestas a todas estas preguntas mediante la búsqueda de esta revisión bibliográfica.

IV. OBJETIVOS

○ GENERALES

1. Realizar una revisión bibliografía de la literatura científica sobre el tema de la Muerte Digna y su aplicación en el Servicio de Urgencias Hospitalario.

○ ESPECÍFICOS

1. Diferenciar el concepto de muerte digna de los demás términos como eutanasia, suicidio asistido, distanasia⁵⁹, etc.
2. Señalar la importancia de la comunicación con el paciente y la familia a lo largo de los cuidados al final de la vida.
3. Conocer e incrementar los conocimientos que tienen los profesionales sanitarios sobre los cuidados en el proceso de muerte digna y si son considerados como cuidados de calidad.



V. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la ejecución de este trabajo, se ha elaborado una revisión bibliográfica sistemática.

La estrategia de búsqueda comienza con la formulación de una pregunta de investigación en base al formato PICO.

- ❖ **P (población de pacientes):** Mayores de 18 años de edad.
- ❖ **I (intervención):** Muerte Digna u Ortotanasia.
- ❖ **C (comparación):** No procede.
- ❖ **O (resultados):** Aplicación en Urgencias.

Formulada la pregunta de investigación, se aplica de acuerdo a la terminología de Descriptores de Ciencias de la Salud, en castellano (DeCS) y Medical Subject Headings, en inglés (MeSH) los siguientes descriptores para ser empleados en la búsqueda bibliográfica.

Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
<i>Muerte Digna</i>	Derecho a Morir	Right to Die
<i>Urgencias</i>	Urgencias Médicas	Emergencies
<i>Enfermería</i>	Enfermería	Nursing
<i>Cuidados al final de la vida</i>	(1)Cuidado terminal (2) Cuidados paliativos	(1) Terminal Care (2) Palliative Care
<i>Personas al final de la vida</i>	Enfermo terminal	Terminally Ill
<i>Bioética</i>	bioética	Bioethics
<i>Voluntades Anticipadas / Testamento Vital</i>	Voluntad en vida	Living Wills

Tabla 2: Descriptores de Ciencias de la Salud utilizados en la búsqueda bibliográfica.



Se efectúa una búsqueda exhaustiva de la información en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2017 en siguientes bases de datos electrónicas: Cuiden, Cochrane Plus, Dialnet, Scielo, Elsevier y Pubmed. Además se realiza una búsqueda por la Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias denominada Emergencias. Del mismo modo se consultan las páginas web del Instituto Nacional de Estadística (INE), Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), todas ellas para examinar tablas de datos, informes y documentos de relevancia sobre el tema.

El resumen de la estrategia de esta búsqueda sistemática aparece recogido en la **Tabla 3** en el apartado final de **Anexo 1**.

Los criterios de inclusión utilizados en la búsqueda fueron los siguientes:

- ❖ Acceso gratuito al texto completo.
- ❖ Publicaciones que respondan a los objetivos del trabajo.
- ❖ Artículos en español, inglés y portugués.
- ❖ Artículos publicados desde el año 2010 hasta mayo del 2017.
- ❖ Tipos de artículos: guías clínicas, revisión sistemática.

Los criterios de exclusión empleados fueron:

- ❖ Artículos en diferentes idiomas a los mencionados.
- ❖ Población de edad menor de 18 años.
- ❖ Artículos anteriores a la fecha referenciada en la inclusión a excepción del artículo “Estudio del Servicio de Urgencias del Hospital Río Carrión de Palencia” del año 1991.
- ❖ Publicaciones que no respondan a los objetivos del trabajo.

Los artículos son seleccionados por el título y lectura del resumen, además de ser analizados teniendo en cuenta los objetivos del trabajo. Posteriormente se realiza la lectura del texto completo.

Se localizaron un total de 412 artículos entre las distintas bases de datos. La mayoría de las bases de datos contenían los mismos artículos, por lo que los artículos totales elegidos fueron 29, que se exportaron directamente a la revisión bibliográfica.



VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muerte supone una gran crisis para el ser humano, tanto física como psicológica y es una etapa más a la que se enfrentan los profesionales de la salud. La muerte en si no es mala, lo es la situación que acompaña a esta y las circunstancias en que se produce y lo que deja tras de sí⁵⁰. Morir solo es Morir, Morir se acaba⁵³.

Los reclamos actuales a favor de una muerte digna hacen hincapié en el derecho a decidir sobre la propia muerte, es decir, dónde, cuándo, cómo morir y de modo alguno llegando al debate con la eutanasia, cuidados paliativos o incluso las voluntades anticipadas.

Todos los artículos analizados coinciden en que para tener una muerte digna se debe prevalecer el concepto de dignidad. Todos los seres humanos somos merecedores de igual respeto, no importa cuál sea nuestra posición o condición: ricos o pobres, niños o adultos, sanos o enfermos³⁴.

Desde el enfoque de la bioética según Hooft y Hooft²³, la vida, la muerte, la dignidad y la autodeterminación tienen en si un significado y sentido distinto según la subjetividad de cada ser humano, la cual viene escoltada a través de los valores, creencias, culturas y deseos de cada individuo. Fascioli³⁴ valora la dignidad como la asociación de bienestar físico y psicológico que deben garantizarse al paciente, aun cuando ya no sea posible la toma de decisiones autónomas.

Si se enfoca la muerte desde la perspectiva responsable y solidaria seguramente el resultado sería el principio básico de la bioética, es decir, el principio de autonomía, llegando por tanto a una muerte digna. Esta es considerada como el proceso de autonomía del paciente y sus derechos fundamentales en la toma de decisiones que le afecten³⁴.

Como afirman Sarmiento-Medina et al.³⁵, la muerte digna se asume como muerte natural, observando además que el sufrimiento al final de la vida es intenso y doloroso, por lo que son el motivo más frecuente en la toma de decisiones como la eutanasia. En su estudio de 513 pacientes, siendo el 53,6% mujeres, informaron que el 43% de los pacientes elegía la muerte digna como opción más solicitada según sus creencias religiosas y morales, mientras que el 11,7% elegiría la eutanasia.

En España las personas a favor de la eutanasia se apoyan en el derecho a una



muerte digna, mientras que en Suiza o Estados Unidos morir dignamente es sinónimo de suicidio asistido³⁵. Los estudios como “¿Derecho a una muerte digna?”⁴⁷ y “Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir dignamente”²⁷, analizan las opiniones de los pacientes ante el grado de enfrentamiento a una situación de enfermedad terminal, razones por las que se pediría la muerte y sobre la regulación de la eutanasia y suicidio asistido en España. **Anexo 2.**

El lugar en el que ocurre la muerte es considerado un indicador de calidad de la atención dispensada al final de la vida. Este lugar es reconocido como requisito imprescindible para una buena muerte³³. La muerte frecuentemente ocurre en los hospitales y con frecuencia en las Unidades de Urgencias del hospital²⁹.

La mayor parte de las muertes acaecidas en los servicios de urgencias hospitalarios españoles son previsibles a la llegada al hospital por la mala situación clínica del paciente. Según varios artículos⁴⁵⁻³³⁻³⁰, el porcentaje de muertes en estos servicios supone entre el 10,8 - 12,3%, siendo los pacientes de alto predominio los de mayor edad. Igualmente valoran que el 40% de las causas de muerte son pacientes en fase terminal del cáncer, seguidas de isquemias miocárdicas e infecciones graves como neumonías.

Cabe destacar que en España, el uso inapropiado de las urgencias varía en un rango entre el 24% y 79%. La mayor parte de los pacientes, podría estimarse en el 80%, acuden a los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia y de forma espontánea, a pesar del conocimiento del funcionamiento de la atención continuada en atención primaria. Los motivos para demandar esta asistencia son la confianza en la unidad y en la expectativa de atención más rápida. Las Urgencias atienden el 70% de pacientes con patologías no urgentes y de los estos aproximadamente el 80% son dados de alta a su domicilio²⁴.

Un estudio en la ciudad de Brasil³⁹ en el año 2010 obtenía que la clasificación del triaje más frecuente en urgencias era la amarilla (47,4%), seguida del verde (36,5%), naranja (14,2%), azul (1,3%) y rojo (0,6%) y que el 95,4% de los pacientes fueron dados de alta. Con lo que podría haber alguna similitud con nuestro país.

Según Jiménez-Puente et al.⁴⁵ añaden que un desequilibrio entre los factores de funcionamiento de las unidades de urgencias [entrada, interno (capacidad de



respuesta), salida], pueden provocar problemas en la saturación de estos servicios y con ello aumentar la mortalidad. Paralelamente Ruiz-Ramos et al.³³ denota que por cada 7,2 muertes que ocurrieron en los hospitales, solo una se produjo en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Otero et al.⁴⁸ destacan en su estudio que la saturación de los Servicios de Urgencias corresponden a las 10 y 16 horas con un descenso notable sobre las 22 horas y estabilizándose entre las 2 y las 6 horas. Por lo que la media de estancia en el hospital es de 1 hora 4 minutos y 50 segundos para los pacientes, seguida de una mediana de 55 minutos, una moda de 30 minutos y una desviación típica de 5 minutos a 9 horas 30 minutos. Además clasifican las patologías por prioridad dividiéndose en: urgencias inmediatas, urgente, semiurgente y no urgentes. Como se trata del hospital Río Carrión de Palencia se muestra en el **Anexo 3** las gráficas acerca de la afluencia de casos semanales, el sexo de predominio a urgencias, los municipios que más visitan estos servicios y las patologías más atendidas.

Estudios como³³⁻²¹⁻³⁰⁻³¹⁻³⁸⁻³⁵, describen las variables de las personas que mueren en urgencias (sexo, edad, estado civil), analizando que según el sexo la incidencia es similar en hombres y mujeres, según la edad entre los 60 y 85 años y por el estado civil el primer lugar lo ocupaban los casados, seguidos de viudos. La edad va a ser una de las variables que más influye a la hora de morir en urgencias, esto podría indicar que las personas muy mayores que están a punto de fallecer en su domicilio serían trasladadas al hospital y con ello a los servicios de urgencias, los cuales se verían con una alta carga asistencial de personas mayores en sus últimas horas de vida³³.

El alto índice de pacientes en los servicios de urgencias está en relación con la falta de camas en las plantas de hospitalización, lo que contribuye a una mayor saturación de estos servicios y por consiguiente la inadecuada ubicación de los pacientes terminales³⁷. Ejemplo de ello son los estudios³¹⁻³³ manifestando que de los pacientes fallecidos en la planta de hospitalización el (87,7%) presentaban peor situación funcional que los fallecidos en el área de urgencias (12,3%). Dentro de este servicio Parra et al.³¹ definen que de las muertes acontecidas en urgencias el 40,7% se produjeron en boxes, el 38,3% en el área de observación y el 21% en el área de emergencias, además que en el 87% de los casos el paciente se encontraba



acompañado de algún familiar.

Al Servicio de Urgencias de un hospital acuden habitualmente enfermos en situación terminal debido a la aparición de síntomas nuevos, situación agónica o claudicación familiar, que se sienten desbordados por esta situación que no saben manejar y que requieren una atención integral que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de una manera individualizada y continuada²⁸.

A pesar de que el síntoma más temido es el dolor, el que aparece con mayor frecuencia es la disnea. En este sentido Saldaña et al.³⁰ determina que las causas de demanda en la atención asistencial de urgencias en pacientes terminales son la disnea con un 32,3% y el dolor con un 13%.

Gómez y Rodríguez²¹ coinciden con Saldaña et al.³⁰ en su muestra de 21 pacientes terminales atendidos en urgencias, del cual obtienen que el síntoma de mayor relevancia ha sido la disnea presentándose en 16 de ellos. Igualmente destaca que la vía de administración utilizada en la mayoría de los casos fue intravenosa y la analgesia de elección fue el cloruro mórfico en 11 de ellos, dado que según las recomendaciones de la OMS en estos casos se debe aplicar directamente el tercer escalón de analgesia, ya que la situación agónica requiere medidas de máximo nivel de confortabilidad.

Por lo tanto, la inadecuada ubicación de los pacientes terminales da lugar a una alta prevalencia e incidencia de estos enfermos en los servicios de urgencia causando entonces deficiencias en los cuidados paliativos. La coordinación entre los distintos niveles asistenciales implicados en la atención al paciente paliativo es hoy en día insuficiente, además nos encontramos frente a un aumento de patologías oncológicas y por lo tanto a un aumento de la demanda de los servicios paliativos y por consiguiente del área de urgencias³⁰. Y aunque el cáncer cambia las prioridades, los seres humanos siguen eligiendo la muerte digna como idea de una muerte tranquila, sin dolor, sin asfixia, sin angustia, con sensación de paz y de haber podido despedirse de las personas queridas. Así mismo se manifiesta la casa como lugar final, pero sin sentirse abandonados por el personal de la salud.

Bonilla³² en su artículo da a conocer los derechos que abarca la Ley de Derechos



y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte implantada en algunas Comunidades Autónomas de España. Estos derechos son:

- ❖ El derecho de los pacientes capaces de declarar sus valores y preferencias de tratamiento cumplimentando un Testamento Vital o Voluntad Anticipada, para que sean tenidas en cuenta cuando sea incapaz de decidir por sí mismo.
- ❖ El derecho de los pacientes a recibir información adecuada y comprensible respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamientos posibles de su enfermedad.
- ❖ El derecho de los pacientes a participar activamente en el proceso de toma de decisiones respecto a cualquier aspecto de su proceso de enfermedad y muerte.
- ❖ El derecho de los pacientes capaces a rechazar cualquier tratamiento, aunque ello suponga el acortamiento de su vida.
- ❖ El derecho de los pacientes a acceder a cuidados paliativos integrales de alta calidad, proporcionados bien en un centro sanitario o bien en su propio domicilio.
- ❖ El derecho de los pacientes a fallecer en su propio domicilio si así lo desean, sin menospreciar la calidad de la atención sanitaria recibida.

Sobre el documento denominado voluntades anticipadas o instrucciones previas o testamento vital, se recogen los deseos expresados, de forma anticipada, por una persona sobre los cuidados y tratamientos de salud que desea recibir para que sean tenidos en cuenta por el médico o por el equipo sanitario responsable de su asistencia en aquellos momentos en los que se encuentre incapacitado para expresarlos personalmente. Además, en dicho documento se puede expresar su voluntad sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado su fallecimiento. Nunca se debe contemplar la caducidad o necesidad de renovación de un documento de voluntades anticipadas, salvo solicitud del paciente y la normativa vigente²⁵⁻⁵¹.

La **ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** hace posible la aplicación de los testamentos vitales en todas las Comunidades Autónomas de



España. Este proceso consta con su registro correspondiente y puede realizarse de tres formas⁴³:

- ❖ Ante notario: sin necesidad de testigos ya que el notario da fe pública.
- ❖ Ante tres testigos: Escoger a tres personas sin relación de parentesco con el otorgante hasta segundo grado de consanguinidad. Deben ser mayores de edad.
- ❖ Ante el personal al servicio de la administración: realizándose en la sede encargada del Registro de Instrucciones Previas.

Antolín et al.⁴³, destacan que el 16% de los pacientes con enfermedades crónicas era concedor del documento de voluntades anticipadas y tan solo el 5% habían recibido la información por parte de su médico, y que tras la explicación en qué consistían dichos documentos, un 46% de ellos se mostraron favorables a realizarlo. Así mismo el 81% de los pacientes designaría a un familiar, un 14 % al médico y un 3% a un amigo como representante en el documento de voluntades anticipadas.

En cambio, Nebot et al.²⁵, en 2010, en un estudio con 84 médicos (57 procedentes del servicio de urgencias), informa que 61 de ellos se han encontrado con pacientes terminales que no podían expresar su voluntad y que en un 62,8% de los sucesos habían tenido que preguntar a la familia acerca de las voluntades anticipadas, además de encontrar que el 31,6% de los médicos no disponían de clave para acceder a dichos documentos y el 27,8% no sabía cómo acceder a ello. Estos mismos autores destacan que un 100% de la población designa el deseo de una muerte digna como característica principal en los testamentos vitales, al igual que un 98,4% de la población solicitaría fármacos necesarios para aliviar el dolor. De quienes se decantan a dejar por escrito sus voluntades anticipadas son con un 68,04% las mujeres, con una media de edad de 55 años.

Castilla y León cuenta desde el año 2008 con un Registro de Instrucciones Previas, en el cual a fecha de 31 de diciembre de 2016 encontramos 8.287 testamentos vitales inscritos. Se puede observar en el apartado de **Anexos 4**.

Morir con dignidad y poder planificar ese final constituye un derecho esencial de todo ser humano. Fascioli³⁴ menciona que los cuidados paliativos son la medicina más amplia hacia una muerte digna, ya que es en la única que no podemos decir “ya no se



puede hacer nada” porque siempre es posible hacer algo.

Los cuidados paliativos dignifican que un buen morir está asociado a sentir que la vida propia tuvo sentido. El final de la vida es diferente para cada persona y entorno familiar, por lo que dar apoyo psicológico, social y espiritual al paciente y sus familiares es parte de estos cuidados. Estos pacientes pueden tener necesidades muy complejas que excedan las capacidades familiares, por lo que la proporción entre el rol de los cuidadores y el personal de enfermería depende de la condición física y mental del paciente.

Cada caso es único, no solo porque afecta a un individuo en particular sino también por las características de la enfermedad que lo aqueja, es decir, por el grado de sufrimiento, dolor y padecimiento, además de que su individualidad hace que sea un ser único e irrepetible²³. El alivio del dolor es un claro ejemplo del principio de beneficencia y por lo tanto evitar el dolor y el sufrimiento es la primera obligación moral y profesional. El personal de enfermería se constituye como un pilar básico del equipo sanitario en prestar atención asistencial al enfermo como experto en el cuidado terminal y a sus familiares.

Tradicionalmente la tarea del médico ha sido la de curar y no la de cuidar, por lo que las enfermeras se ven a sí mismas como principales cuidadoras y responsables de estos pacientes, aparte de que son las que mayor probabilidad tienen de identificar los síntomas iniciales ante el final de la vida de un paciente⁴⁰. Así mismo va a ser parte sustancial de este cuidado, atender de manera integral todas las necesidades que una persona en situación terminal pueda tener.

Gran parte del sufrimiento de los pacientes se produce no solo por la enfermedad, sino por el sentimiento de desamparo de los sistemas de salud. Un estudio realizado por el equipo domiciliario de Mataró obtuvo que el sistema sanitario se ahorra 1.000 euros por cada paciente que podía morir bien atendido en su casa. Además de promulgar que una cama en una unidad de cuidados paliativos cuesta el 40% de lo que se paga por una cama de hospitalización y por lo tanto esto contribuiría a reducir los ingresos por los servicios de urgencias⁵.

Cuando se habla de cuidado se piensa en acciones que se materializan de forma real en el paciente, como son administrar medicación, pero se olvida la gran



importancia de la comunicación, pilar básico y fundamental en los cuidados holísticos.

Según Iglesias y Lafuente³⁷, la comunicación es la herramienta más básica para ejercer el trabajo habitual de la enfermera, ya que es el grado de satisfacción de los pacientes. Para ello se repetirá el mensaje tantas veces como sea necesario, utilizando frases cortas con un vocabulario neutro sin abusar de los tecnicismos médicos y, sobre todo, sabiendo escuchar. Si el paciente se encuentra confuso o somnoliento deben comunicarse con él, evitar la sensación de prisa, no adoptar actitudes de negación y mostrar en todo momento la preocupación por el confort del paciente y la familia. En la mayoría de las ocasiones basta con una mirada para transmitir un mensaje, no siempre las palabras son necesarias. Y se deben adaptar las normas y protocolos a las necesidades de cada paciente terminal.

Cuando el paciente en situación terminal llega a los Servicios de Urgencias Hospitalarios el profesional sanitario debe saber controlar dichas situaciones y no cometer errores. La comunicación con el paciente terminal y su familia muchas veces es complicada debido a la carga asistencial presente en este tipo de servicios, pero sobre todo por no saber cómo proceder ante una pregunta comprometedor de un paciente que muere, que agoniza, o ante la mirada de un familiar. Cuantas veces nos quedamos con el sinsabor de no haber estado a la altura de las circunstancias, de no saber qué hacer o decir. Cuantas ocasiones evitamos la presencia de los familiares más por proteger nuestra inseguridad que su integridad. Quizás nos han enseñado a hacer cosas, pero nunca nos han enseñado a retirarnos a tiempo y la primera forma de trato no ética al paciente terminal es la falta de atención y ello se consigue con la falta de comunicación²⁸.

Se ha podido observar en diversos estudios⁴¹⁻⁴²⁻²²⁻²⁶⁻³⁴, que la formación de los profesionales sanitarios en materia del abordaje de la muerte ha sido y sigue siendo muy escasa. La falta de conocimientos en cuidados paliativos, control de síntomas, alivio del dolor, duelo, sufrimiento espiritual, comunicación inadecuada, empatía, acompañamiento familiar y manejo de malas noticias pueden dar lugar al distanciamiento afectivo y por consiguiente no ofrecer una muerte digna y quedarse con el sentido de culpa por creer que no se hizo lo suficiente o porque no sabía qué hacer.



Lopera-Betancur⁴¹ describe que uno de los motivos de esa falta de formación es la insuficiente madurez de los estudiantes, ya que debido a su edad no piensan en la muerte y en su futura responsabilidad de cuidar hasta el final. Simultáneamente afirma que ninguno de ellos sabe manejar las emociones que suscita el sufrimiento de la familia ante una pérdida. Así mismo Caballero et al.²⁶ añaden que la primera causa de valoración inadecuada en un paciente terminal es el manejo inefectivo del dolor seguida por la mala comunicación entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares.

Los profesionales sanitarios en general y en particular las enfermeras están en la obligación de cuidar en todas las dimensiones, es decir, física, espiritual, emocional y psicológica. Conocer los valores, temores, anhelos y sufrimientos de los pacientes al final de su vida es cuestión evidente de la enfermería²³. Por lo que mirar a las personas como si fueran parte del paisaje, considerarlos como números o casos son actitudes inhumanas que el personal sanitario debe evitar en su práctica diaria.

En Urgencias todas las muertes son desbordantes y descritas como “a la vista de todos”⁴². Es aquí donde Castanedo et al.²⁰ valoraron el afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo, observando que la muerte de un paciente afectaba al profesional un 70% “solo ese día”, a su vida laboral un 45% y afirmando que cuando uno trabaja en ese servicio o aprendes a tomarte la vida desde un punto de vista diferente o acabas mal, debido al alto índice de mortalidad que existe en los servicios de urgencias hospitalarios.

Como bien describe Fascioli³⁴ no se puede cuidar adecuadamente con falta de tiempo, sin recursos humanos y materiales. Las habilidades que requiere el profesional de salud para enfrentarse a pacientes terminales son: empatía, vocación de servicio, comunicación abierta, clara, cálida y flexible. Es pertinente y obligado recordar que son habilidades que pueden ser enseñadas y aprendidas.

Por lo tanto, un buen cuidado es aquel que involucra interacciones, actividades y actitudes que conserven, promuevan y expandan la dignidad de los pacientes y familiares. El profesional de enfermería debe brindar un apoyo y unos cuidados holísticos durante el final de la vida de un paciente sea cual sea el servicio de trabajo donde se encuentre.



El progresivo incremento de la esperanza de vida en nuestra sociedad conlleva un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas terminales y oncológicas, precisando entonces frecuentemente asistencia médica³¹. Los pacientes terminales generan mayor demanda asistencial que implica un aumento en las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios, que por la imposibilidad de hospitalización por falta de camas produce la saturación de estos y con ello la inadecuada ubicación de los pacientes en situación de últimos días³⁷. El inconveniente es que estas personas no precisan de medidas curativas, de manera que se deben priorizar las medidas paliativas, es decir, los cuidados paliativos frente a los servicios de urgencias. Se deberían unir dichos servicios o por lo menos una mera interacción entre ellos y por consiguiente se reducirían las peticiones de eutanasia ya que se reduciría el dolor y el sufrimiento.

Vivimos en una sociedad democrática en la que los debates políticos sobre la muerte digna están a la orden del día. Abordando todas las leyes, los responsables políticos no deberían hurtar el debate sobre estos asuntos a una sociedad madura, preparada y democrática. Abducen argumentos en contra de esta preparación y además la ética de las instituciones sanitarias, obliga a los responsables de la gestión y de la política sanitaria a proporcionar los recursos eficaces, eficientes y necesarios para proporcionar a los ciudadanos unos cuidados paliativos suficientes, accesibles, profesionales y adecuados para los pacientes y sus familias. Se debería respetar la opinión de la mayoría de la población a la hora de plantear reformas legislativas y por lo tanto un mayor bien común para todos.

Acto seguido se lleva a la necesidad de adquirir conocimientos y formación en cuidados paliativos por parte de los profesionales sanitarios, sobre todo del personal de urgencias, ya que la mayoría de los pacientes en situación terminal acuden allí y además de la mejora entre el proceso de comunicación enfermera - paciente - familia. Se precisa por tanto mayor formación en la dimensión ética del cuidado para mejorar la atención integral y lograr un cambio en la asistencia al final de la vida.



VII. **CONCLUSIONES**

Las principales conclusiones derivadas de esta revisión bibliográfica sistemática son:

- ❖ Se debe de incorporar la muerte digna a la vida cotidiana. Todos queremos una buena muerte con calidad, calidez humana, dignidad, sin dolor, sin sufrimiento físico, psíquico o espiritual, es decir, morir en paz. Todos debemos tener como derecho a la opción de Cuidados Paliativos. La muerte no solo es un terminar, sino también un volver a empezar, es una quimera permanecer en este mundo “eternamente” cuando la vida tiene un límite temporal. La muerte digna es una oportunidad para evitar el sufrimiento, la muerte para unos es un descanso y para otros un renacer.
- ❖ Dada la creciente demanda asistencial de pacientes afectados de patologías terminales surge la necesidad de adaptar los servicios sanitarios asistenciales a las características específicas de estos enfermos, proporcionando unas condiciones indispensables para que se produzca una muerte en paz y con dignidad, tanto para los pacientes como para los familiares obviando en todo momento el sufrimiento y el dolor.
- ❖ Actualmente los Servicios de Urgencias Hospitalarios no son lugares adecuados para atender el proceso de la agonía y el final de la vida. Es fundamental una atención precoz y especializada en Cuidados Paliativos en Urgencias que mejore la asistencia de estos pacientes y reoriente los cuidados. Impulsar la coordinación entre los Servicios de Urgencias y los servicios de Cuidados Paliativos sería imprescindible al igual que sería necesario plantear alternativas realistas a estas situaciones. Reforzar los cuidados domiciliarios al final de la vida o la realización de un protocolo de atención en urgencias al enfermo terminal.
- ❖ Las dificultades de los profesionales de enfermería vienen dadas por una ausencia de formación tanto en comunicación e información como de gestión



emocional, humanización, competencias éticas, toma de decisiones, atención a la familia y la atención en la agonía. Se debe aumentar la formación en Cuidados Paliativos para el personal sanitario de enfermería desde su formación universitaria y especializada hasta su formación continuada y dispensar en todo momento una atención integral al enfermo en todas sus dimensiones físicas, sociales, psíquicas, emocionales y espirituales.

VIII. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cortez G. Jacqueline. Aspectos bioéticos del final de la vida: el derecho a morir con dignidad. Rev. Cuadernos [Internet]. 2006; 51(2):97-102. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v51n2/v51n2a13.pdf>
2. Derecho a Morir Dignamente (DMD) [Internet]. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (AFDMD); 1983. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/>
3. Ramos Fdez. de Cañete Pedro. Reflexiones en torno a la calidad asistencial en el proceso de muerte. Ponencia UNED Motril [Internet]. 2010. Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/reflexiones_en_torno_a_la_asistencia_al_final_de_la_vida.pdf
4. Pichardo García Luz María, Diner Kartar. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. [Internet]. 2010; 55(3):161-166. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103i.pdf>
5. Pérez Oliva Milagros. El reto de una muerte digna. EL PAÍS. 2005 mayo 30; Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/05/30/espana/1117404001_850215.html
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras, España-julio 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación; 2016.
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados



- Paliativos [Internet]; 2014, Madrid.
9. Jiménez García Ángela, Granados Bolívar Montserrat, Fernández Moreno Concepción. Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2015; 11(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.php>
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos [Internet]; 2015. [acceso 12 de Enero de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
 11. Kung Hans. Una muerte feliz. 1 ed. España: editorial Trotta; 2016.
 12. R. Sahuquillo María. España suspende en paliativos. EL PAÍS. 2010 agosto 16; Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/08/16/sociedad/1281909602_850215.html
 13. Molina Restrepo María Eugenia. El derecho a morir con dignidad. Rev. Inv. y Educ. en Enfermería [Internet]. 1987 sep; 5(2):53-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299370>
 14. Quevedo J. Leal, Mendoza-Vega Juan, Plata Rueda Ernesto. Hacia una medicina más Humana. 1 ed. Bogotá: Editorial médica internacional panamericana; 1997.
 15. García Morente Manuel. Manuel Kant: Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres. (Traducción) Digitalizada en la edición de Pedro Rosario Barbosa. San Juan, Puerto Rico. 2007.
 16. EL PAÍS. Me indigna tener que morir en clandestinidad. [video] España; 2017. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=O_wgdaUuem4
 17. Humanización de la salud y relación de ayuda, 167-188, en: Francisco Javier Rivas Flores – Manuel de los Reyes, La bioética, tarea de humanización, VII Congreso Nacional de Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (Valencia, 10-12 de noviembre de 2005), ABFyC, Madrid 2007.
 18. INE (Instituto Nacional de Estadística). Defunciones según la causa de Muerte. 2015. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf
 19. Gracia Diego. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? Rev. Esp Salud Pública [Internet]. 2006; 82:457-467. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-



57272006000500004

20. Castanedo Córdoba Isabel María, Suárez Solana Carmen, Vivar Molina Catalina. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente* [Internet]. 2010; 91:16-18. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>
21. Gómez Enríquez Cristina, Rodríguez Rodríguez M^a José. Presencia de dolor en el paciente en situación de últimos días en Urgencias. *Rev. Paraninfo digital* [Internet]. 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/354.php>
22. Sepúlveda-Sánchez Juana María, Morales-Asencio José Miguel, Morales-Gil Isabel María, Canca-Sánchez José Carlos, Crespillo-García Eva, Timonet-Andreu Eva María. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014; 24(4):211-218. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-derecho-morir-con-dignidad-S1130862114000412>
23. Hooft Pedro F., Hooft Lynette. 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. *Rev. Bioethikos* [Internet]. 2013; 7(1):91-111. Disponible en: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/99/documenta.pdf>
24. Abaunza Badaya Amaia, Jaio Atela Nekane, Landa Petralanda Victor, Irurzun Zuazaban Esther, Galarraga Maeso M^a Lourdes, Balentziaga Muñoz Ana Rosa, Abando Naveran Nagore, Geijo Terrados Gema, Domingo Rico Cristina, Esparta Etxebarria Carmen, Regidor Fuentes Iratxe. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco. Departamento de Salud. Gobierno Vasco [Internet]. 2013 jun. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/Informe%20D-13-10.pdf
25. Nebot Cristina, Ortega Blas, Mira José Joaquín, Ortiz Lidia. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gaceta sanitaria: Organó oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* [Internet]. 2010;



- 24(6):437-445. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3425987>
26. Martínez Caballero C., Collado Collado F., Rodríguez Quintosa J., Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. Rev. Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2015 oct; 22(5):224-230. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5849133>
27. Cornejo Sánchez Carmen, Fernández Prieto Pablo, Gómez Fernández Patricia, García García Mercedes, Losada García Ada, del Castillo Arévalo Fernanda. Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir dignamente. Rev. Enfermería Comunitaria (SEAPA) [Internet]. 2014 nov; 2(4):6-20. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5041623>
28. Menéndez Gutiérrez Cristina, García Pavón José Luis. Dificultades en la comunicación. Relato de una enfermera sobre el cuidado a pacientes en situación terminal en el servicio de urgencias. Arch Memoria [Internet]. 2011; 8(1): Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3596698&info=resumen&idioma=SPA>
29. Kongsuwan W., Matchim Yaowarat, Nilmanat Kittikorn, Locsin R.C., Tanioka Tetsuya, Yasuhara Yuko. Experiencias de atención a pacientes moribundos vividas en unidades de urgencias. Rev. Oficial del Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. 2016 mar; 63(1):139-146. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5637083>
30. Saldaña Martínez María Jesús, Vegas Ibáñez Fernando, Cebollero Leu Natalia. Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. Rev. Emergencias [Internet]. 2010 dic; 22(6):441-444. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5447194>
31. Parra Caballero Pedro, Curbelo García José Juan, Gullón Ojesto Alejandra, Ruiz-Giménez Arrieta Nuria, Suárez Fernández Carmen, del Arco Galán Carmen. Mortalidad precoz en un hospital terciario: análisis de la calidad asistencial. Rev. Emergencias [Internet]. 2011; 23:430-436. Disponible en:



- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853756>
32. Bonilla Sánchez Juan José. El derecho a morir dignamente en Andalucía. Rev. De Ciencias Humanas [Internet]. 2011; 25:171-188. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3877947>
33. Ruiz-Ramos Miguel, García-León Francisco Javier, López-Campos José Luis. Características demográficas de la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía. Rev. Emergencias [Internet]. 2014; 26:109-113. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5427689>
34. Fascioli Ana. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2016 dic; 5(2):46-53. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062016000200007&script=sci_arttext
35. Sarmiento-Medina María I., Vargas-Cruz Sandra L., Velásquez-Jiménez Claudia M., Sierra de Jaramillo Margarita. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Rev. Salud pública [Internet]. 2012; 14(1):116-128. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642012000100010&lng=es&nrm=is
36. Martínez Gómez Jesús Armando. La bioética y los enfoques del final de la vida. Rev. Cubana de Salud Pública [Internet]. 2010; 36(4):353-357. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400010
37. Iglesias M.L., Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. Anales del sistema sanitario de Navarra [Internet]. 2010; 33(1): 173-191. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200018
38. Goicoechea Salazar Juan Antonio, Nieto García María Adoración, Laguna Téllez Antonio, Larrocha Mata Daniel, Canto Casasola Vicente David, Murillo Cabezas Francisco. Características de las urgencias hospitalarias del servicio andaluz de salud durante 2012 a partir del conjunto mínimo básico de datos de urgencias. Rev. Esp Salud Pública [Internet]. 2013; 87(6): 587-600. Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000600004

39. Goncales Paula Caroline, Pinto Junior Domingos, de Oliveira Salgado Patricia, Machado Chianca Tania Couto. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. Invest Educ Enferm [Internet]. 2015; 33(3):424-431. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300005
40. Ruiz-Fernández M.D., Ortega-Galán A.M., Cabrera-Troya J., Ibáñez-Masero O., Carmona-Rega M.I., Relinque-Medina F., García-Cisneros R. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. Rev. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017; 14(1):10-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-personas-enfermas-al-final-vida-S1665706316300677>
41. Lopera-Betancur M.A. Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo. Enfermería Universitaria [Internet]. 2015; 12(2):73-79. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-significado-atribuido-por-las-enfermeras-S1665706315000032>
42. Chocarro González Lourdes, González Fernández Rafael, Salvadores Fuentes Paloma, Venturini Medina Carmen. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. Rev. Medicina Paliativa [Internet]. 2012; 19(4):148-154. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-negacion-muerte-su-repercusion-los-S1134248X12000262>
43. Antolín A., Ambrós A., Mangirón P., Sánchez M., Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. Rev. Clínica Española [Internet]. 2010; 210(8):379-388. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-clinica-espanola-65-articulo-grado-conocimiento-del-documento-voluntades-S0014256510002778?referer=buscador>
44. Metola Gómez Alberto, García Romo Eduardo, Bellido de Vega Sofía, Carretero Lanchas Yedra, Azcoitia Álvarez Begoña, Guerrero Laura. Análisis de la evolución



- de pacientes en probable situación de últimos días en un servicio de Urgencias. Medicina Paliativa [Internet]. 2013; 20(1):10-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-analisis-evolucion-pacientes-probable-situacion-S1134248X12000298>
45. Jiménez-Puente A., Rivas-Ruiz F., Agulló-García J. Variabilidad en la mortalidad hospitalaria previa al ingreso en España. Rev. Clínica Española [Internet]. 2013; 213(4):194-199. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-clinica-espanola-65-articulo-variabilidad-mortalidad-hospitalaria-previa-al-S0014256512004687?referer=buscador>
46. Gurger Mehtap, Turkoglu Abdurrahim, Atescelik Metin, Bork Turgay, Tokdemir Mehmet, Alatas Omer Dogan, Ekingen Evren. Sudden suspected death in emergency department: autopsy results. Turk J Emerg Med [Internet]. 2014; 14(3):115-120. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909964/>
47. Prieto Serrano David. ¿Derecho a una muerte digna? Rev. Crítica de Ciencias Sociales [Internet]. 2015; 10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5418709.pdf>
48. Otero P., Pérez R.M., González C., Betegón G. Estudio del Servicio de Urgencias del Hospital General “Río Carrión” de Palencia. Rev. Emergencias [Internet]. 1991 feb; 3(1):58-68. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-3/numero-1/estudio-del-servicio-de-urgencias-del-hospital-general-rio-carrion-de-palencia/>
49. Antolín Albert, Miró Óscar, Sánchez Miquel. Muerte, dignidad y voluntades anticipadas. Gac Sanit [Internet]. 2011; 25(5):439-440. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000500019
50. Ortega Deballon Iván, de la Plaza Horche Edurne. Aspectos generales en urgencias, emergencias y catástrofes. Aspectos ético-legales de la actuación en urgencias y emergencias extrahospitalarias. Manual de Enfermería SUMMA 112 [Internet]. 1232-1334. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fp>



df&blobheadername1=Content-

Disposition&blobheadervalue1=filename%3DModulo+9.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352868957646&ssbinary=true

51. Junta de Castilla y León. Registro de instrucciones previas. Plan estadístico de Castilla y León 2014-2017. Castilla y León: Consejería de Sanidad; 2016.
52. Lopesino Almudena. Una atención necesaria al final de la vida. Cadena SER. 2016 octubre 22. Disponible en: http://cadenaser.com/programa/2016/10/14/hora_14_fin_de_semana/1476444317_656424.html
53. Martín Descalzo José Luis. Testamento del Pájaro Solitario. 13 ed. España: editorial verbo divino; 1991.

IX. ANEXOS

Anexo 1

Base de Datos	Combinaciones DEcS - Mesh	Artículos Encontrados	Artículos Utilizados
CUIDEN	derecho a morir AND urgencias médicas AND enfermería	0	0
	derecho a morir AND urgencias medicas	0	0
	derecho a morir AND enfermería	24	4
	derecho a morir	75	6
	urgencias médicas AND cuidado terminal	7	3
	urgencias médicas AND voluntad en vida	1	0



COCHRANE PLUS	derecho a morir AND urgencias médicas AND enfermería	0	0
	derecho a morir AND urgencias medicas	1	0
	derecho a morir AND enfermería	1	0
	derecho a morir	10	0
	urgencias médicas AND cuidado terminal	7	1
	derecho a morir AND bioética	0	0
	urgencias médicas AND cuidados paliativos AND enfermería	1	0
	urgencias médicas AND enfermo terminal	2	1
DIALNET	derecho a morir AND urgencias médicas AND enfermería	2	0
	derecho a morir AND urgencias medicas	20	2
	derecho a morir AND enfermería	22	3
	urgencias and enfermo terminal	9	6
	derecho a morir AND bioética AND voluntad en vida	3	1
	derecho a morir AND	0	0



SCIELO	urgencias médicas AND enfermería		
	derecho a morir AND enfermería	6	2
	derecho a morir	49	8
	urgencias médicas AND cuidados paliativos	6	1
	urgencias médicas AND enfermo terminal	1	0
	urgencias médicas AND enfermería AND cuidado terminal	0	0
ELSERVIER	derecho a morir AND urgencias médicas AND enfermería	10	6
	derecho a morir AND urgencias medicas	13	6
	derecho a morir AND enfermería	26	3
	urgencias médicas AND cuidados paliativos AND enfermería	20	3
	urgencias médicas AND enfermo terminal	21	1
	derecho a morir and bioética and voluntad en vida	10	2
	right to Die AND emergencias AND nursing	2	0



PUBMED	right to Die AND Emergencies	5	0
	right to Die AND nursing	46	2
	emergencies AND Terminal Care and nursing	5	0
	emergencies AND bioethics AND living will	2	0
OTRAS FUENTES		2	2

Tabla 3: Estrategia de búsqueda en bases de datos (Combinaciones DeCS - MeSH)



Anexo 2

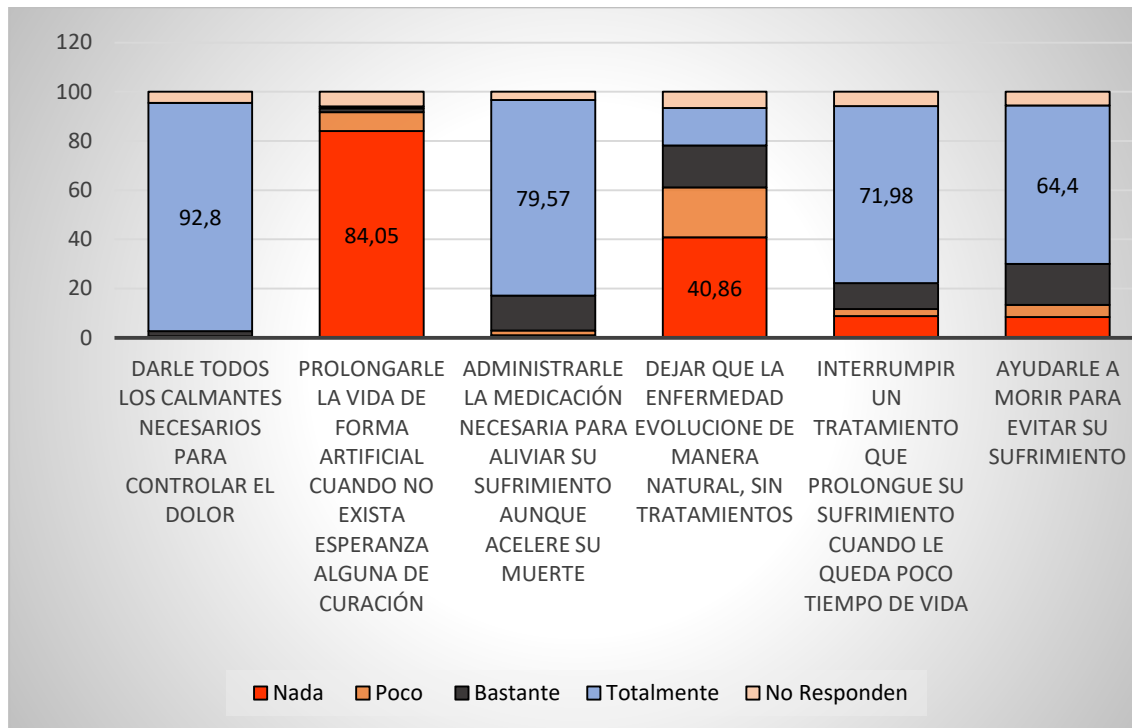


Gráfico 1: Grado de acuerdo si estuviera en situación terminal. Representación en porcentajes y además en función de la valoración de los pacientes.

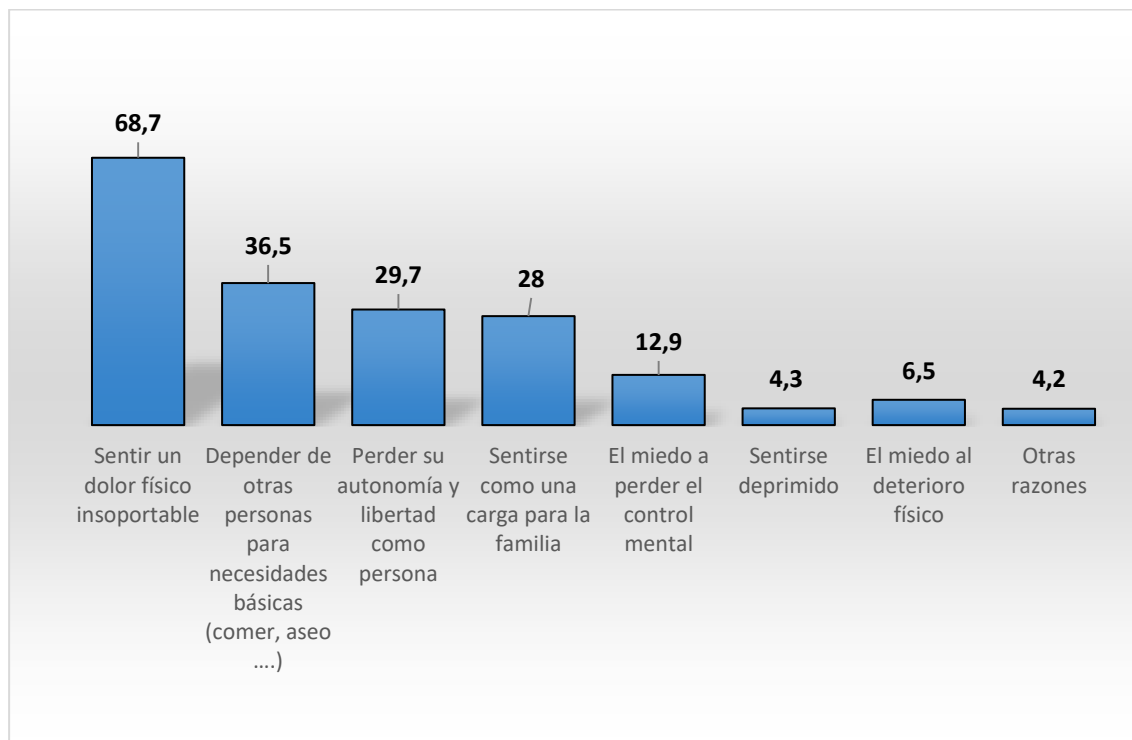


Gráfico 2: Razones para terminar con su vida. Representación en % por las que una persona terminal pediría acabar con su vida.

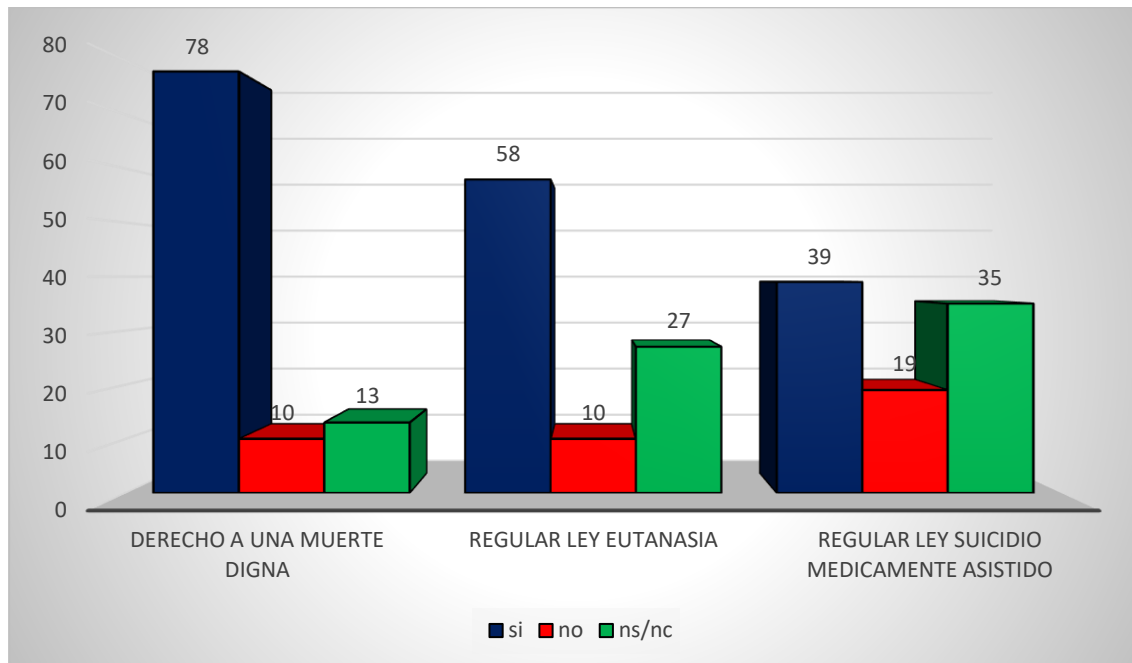


Gráfico 3: Regulación de eutanasia y suicidio medicamente asistido en España.

Representación en % del grado de acuerdo con la regulación de la eutanasia y el suicidio.

Anexo 3

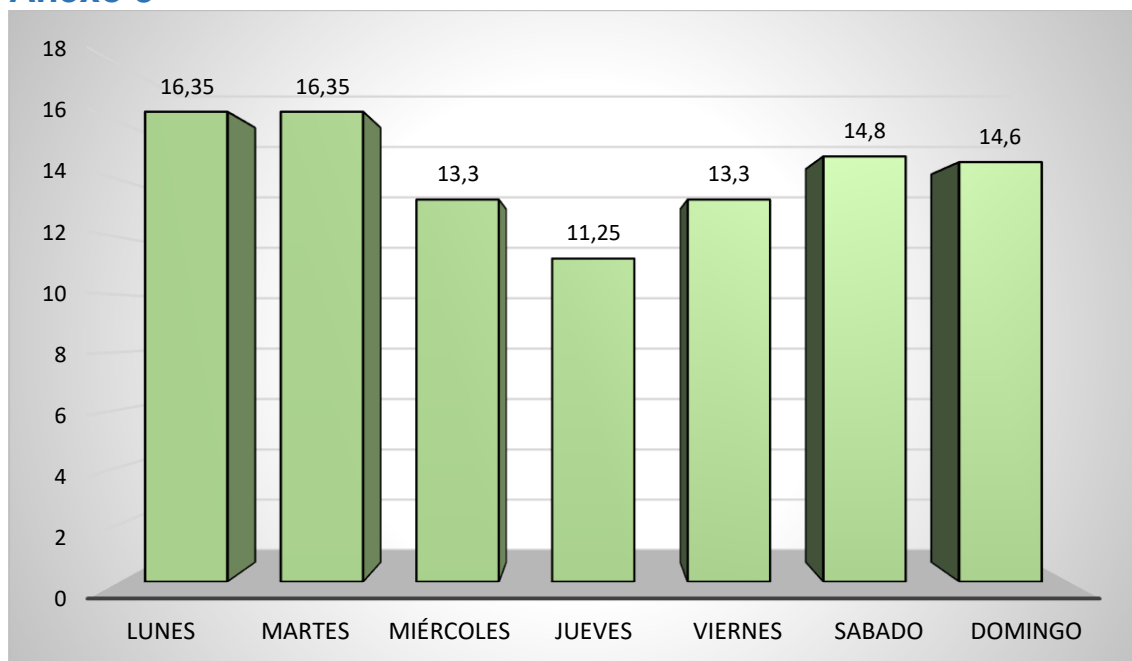


Gráfico 4: Afluencia de pacientes en el Servicio de Urgencias Hospitalario en Palencia.

Representación de los casos atendidos durante la semana. Destacando los lunes y martes como mayor afluencia de pacientes, los jueves como mínimo y haciendo un aumento moderado durante el fin de semana.

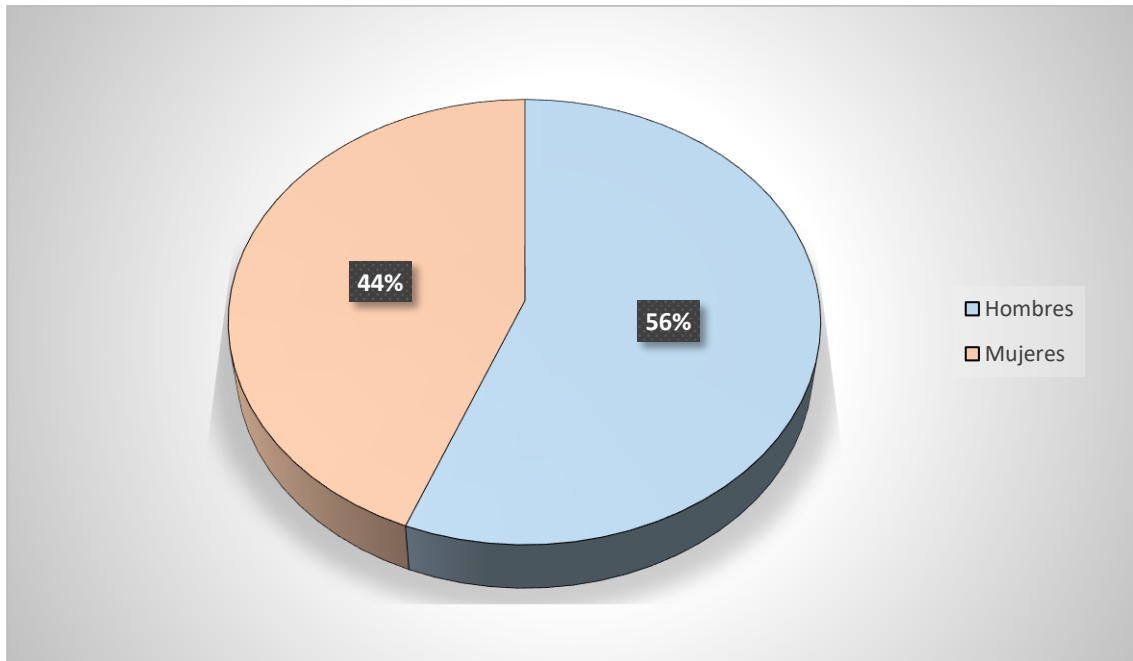


Gráfico 5: Afluencia de pacientes según el Sexo. Representación de los casos atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario de Palencia. Se omiten las urgencias ginecológicas y obstétricas.

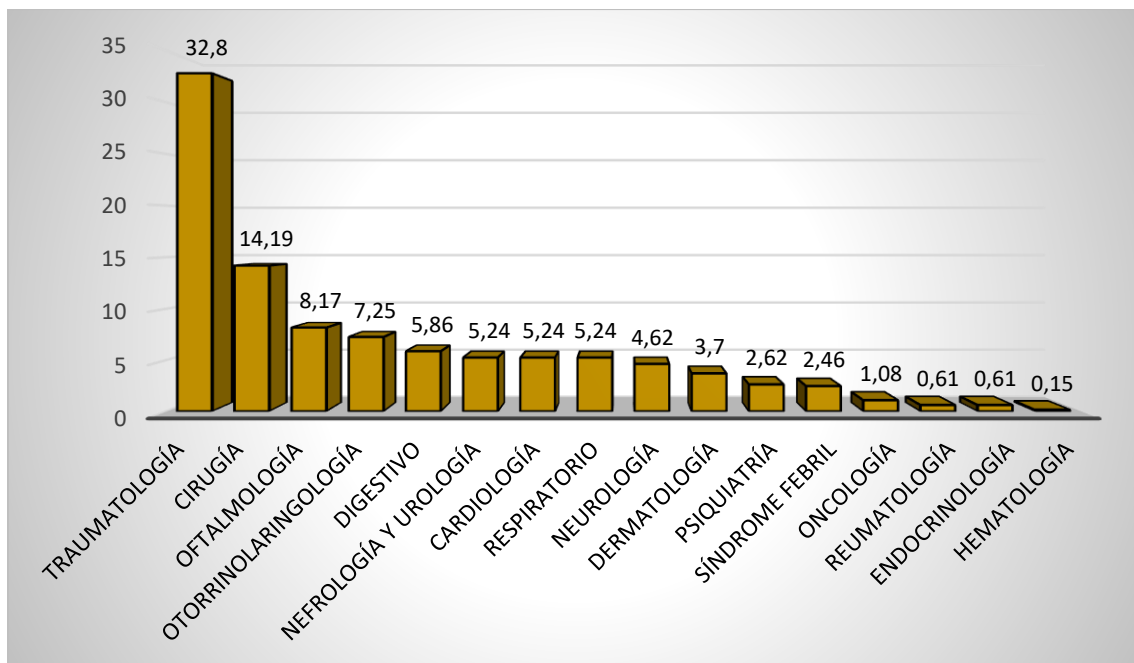


Gráfico 6: Patologías atendidas en el Servicio de Urgencias. Representación de los casos atendidos en Palencia en función de su patología. Se omiten las urgencias ginecológicas y obstétricas. Según oftalmología destacan los cuerpos extraños y conjuntivitis. Las unidades que presenta mayor frecuencia poseen menor número de ingresos hospitalarios.

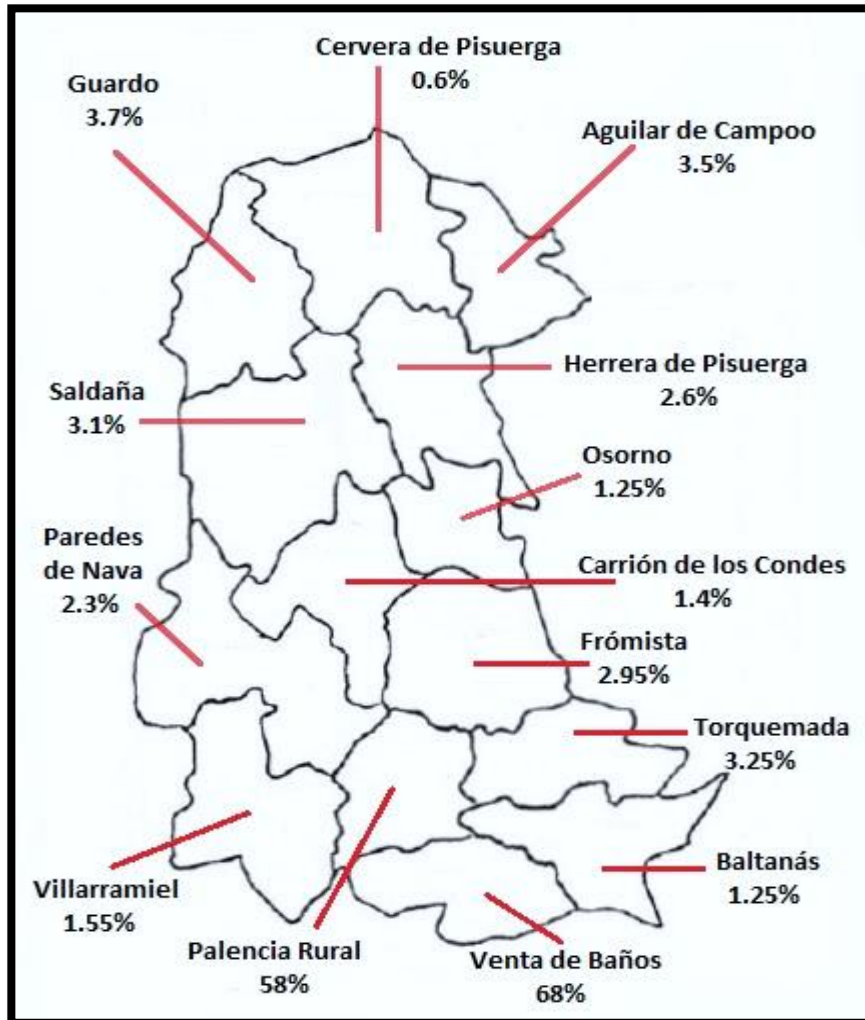


Figura 2: Procedencia de los pacientes. Representación en porcentaje de las urgencias atendidas en el Hospital Río Carrión de Palencia según la procedencia de su población. Se puede observar un uso masivo por parte de Palencia Capital y municipios adyacentes. Se considera a Cervera de Pisuerga como la mínima zona que envía a sus pacientes a Palencia.



Anexo 4

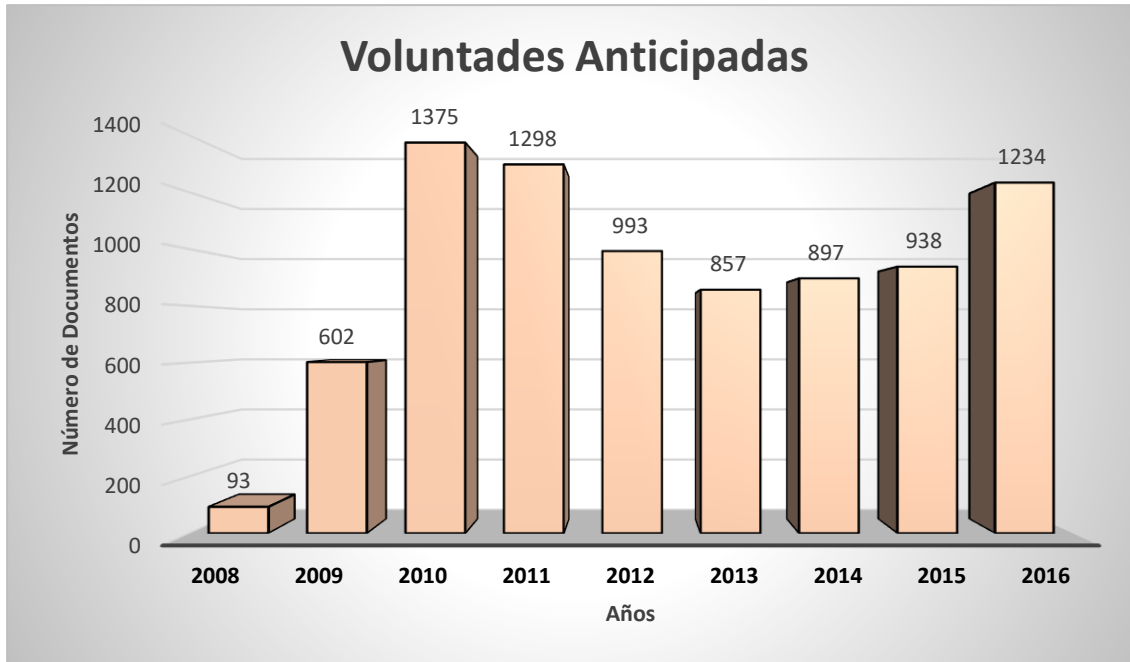


Gráfico 7: Voluntades Anticipadas. Representación del número de documentos de instrucciones previas inscritas en Castilla y León durante los distintos años desde el 2008 a la actualidad (2016). Con un total de 8.287 documentos inscritos.

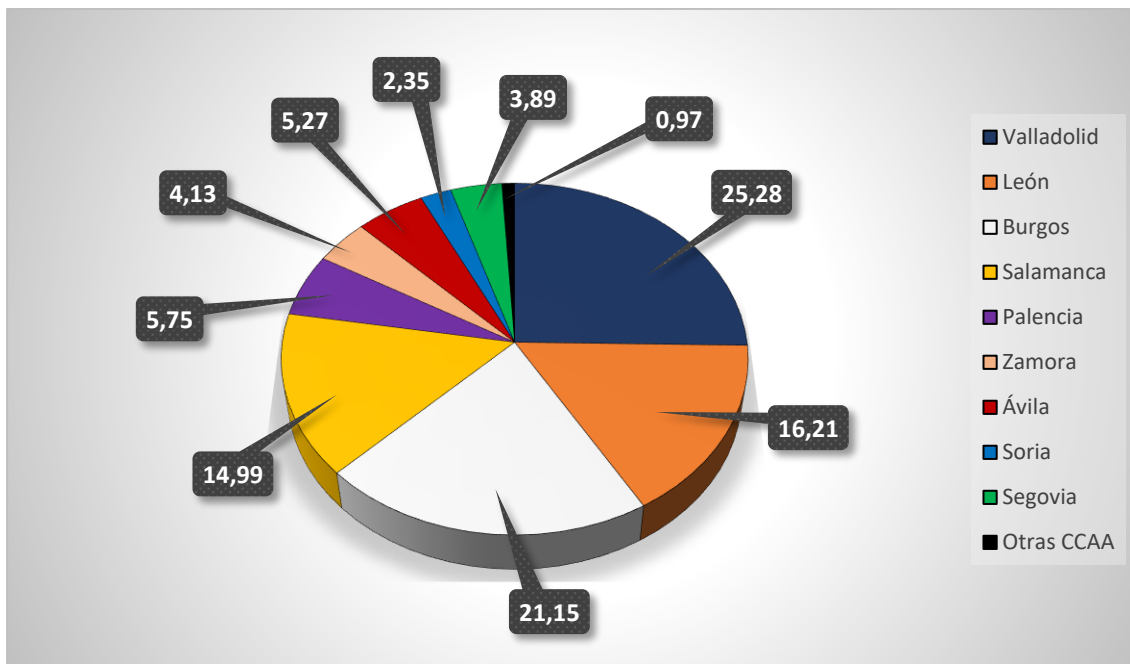


Gráfico 8: Voluntades Anticipadas. Representación de las distintas provincias de Castilla y León en las cuales se manifiesta el % de registros realizados de instrucciones previas en el año 2016.



Gráfico 9: Voluntades Anticipadas. Representación según el sexo de instrucciones previas registradas en el 2016 en Castilla y León.

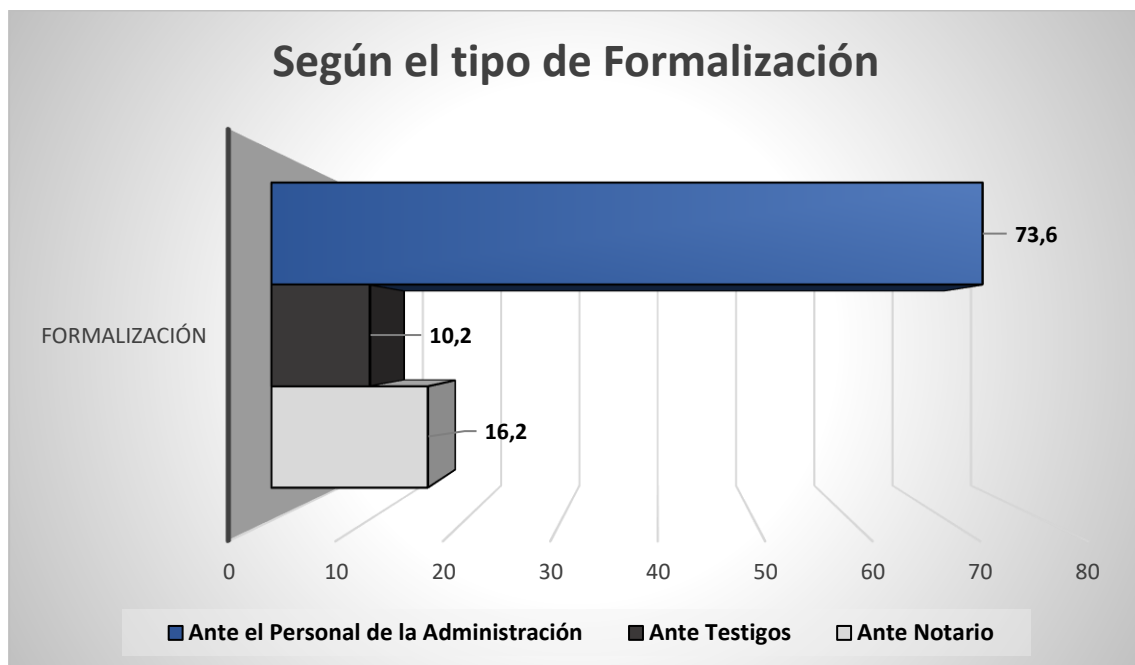


Gráfico 10: Voluntades Anticipadas. Representación según el tipo de formalización instrucciones previas registradas en el 2016 en Castilla y León.

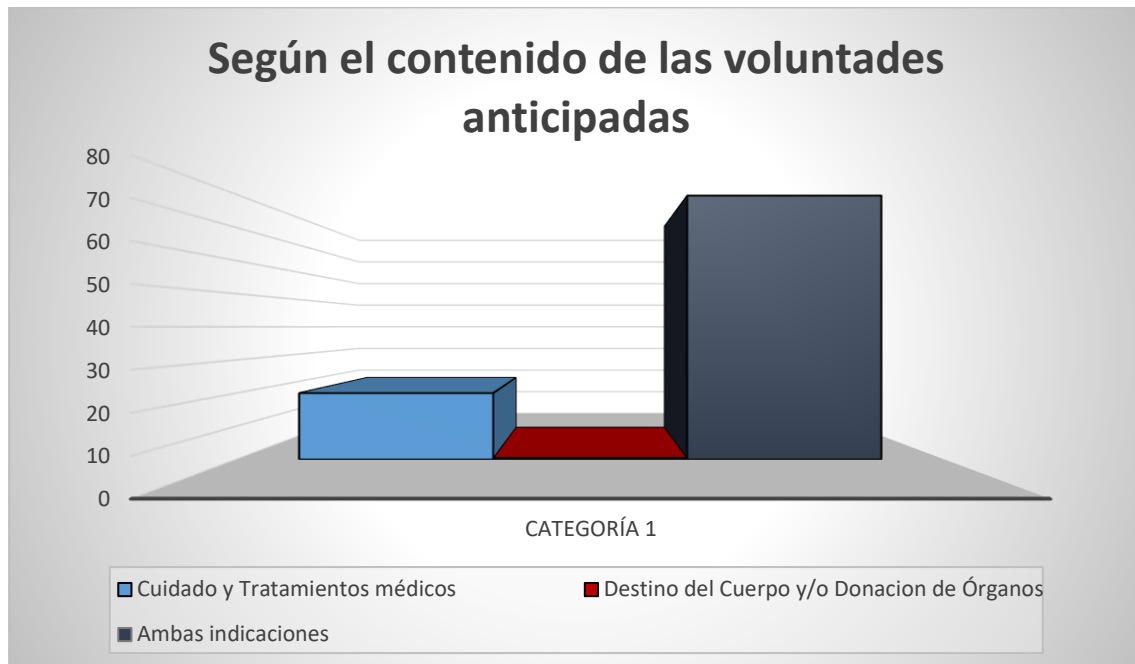


Gráfico 11: Voluntades Anticipadas. Representación según el contenido de las instrucciones previas registradas en Castilla y León en el año 2016.