

Muerte digna

Por encima de protocolos y directrices, la comprensión y el respeto son las claves de la mejor atención. Seguimos recibiendo quejas por servicios inadecuados ante estos delicados momentos.

Las iniciativas que se han promovido para llevar a cabo la regulación de los derechos de las personas en el proceso de muerte, han generado desde siempre un singular debate, con posiciones encontradas fuertemente ideologizadas, sobre todo por la focalización del asunto en torno a la cuestión de la eutanasia.

Los precedentes que en este ámbito se han producido, que han conducido incluso a procesos judiciales en el orden penal, la necesidad de otorgar un soporte legal a lo que ha venido siendo una práctica habitual de los profesionales sanitarios, y la garantía de la prevalencia de la voluntad del paciente, han llevado a que nuestra Comunidad Autónoma se convierta en pionera de la elaboración normativa en este ámbito, con la promulgación de la Ley 2/2010, de 8 de Abril, aunque

también nos constan intentos reguladores de otras Comunidades, y fundamentalmente en el ámbito estatal, que aún no se han materializado.

Junto a la consagración del derecho a decidir del paciente, que no es sino la traslación a este ámbito del principio de su autonomía, y la posibilidad de que el mismo se consagre en una expresión anticipada de sus deseos, la cual se registra a fin de que sea consultada en el momento en el que el declarante no tenga capacidad de discernir; se

recogen toda una serie de aspectos que tratan de asegurar que la última etapa de la vida y el momento del fallecimiento se rodeen de la máxima atención por parte de los dispositivos sanitarios, garantizando la asistencia al paciente y sus familiares o cuidadores en múltiples aspectos, el control del dolor, y la intimidad y acompañamiento, cuando el desenlace se produce en régimen de hospitalización.

Todos estos aspectos se insertan en el ámbito de lo que hemos denominado "humanización de la asistencia", cuya instauración venimos demandando desde hace tiempo en todos los centros asistenciales, fundamentalmente en los hospitalarios, y con más intensidad si cabe en el área de urgencias, y que se traduce en una atención particularizada de las circunstancias individuales de los usuarios.

Ciertamente el tiempo de andadura de la Ley aludida es escaso, pero no por ello insuficiente para constatar que sus previsiones resultan incumplidas en muchos casos, y que en la actualidad los hospitales no reúnen condiciones funcionales y fundamentalmente materiales, para poder satisfacer sus requerimientos.

Como muestra de ello, durante el pasado ejercicio recibimos diversas quejas en las que, al margen de la atención sanitaria considerada desde una perspectiva estrictamente técnica, la intención que animaba a los reclamantes era poner de



manifiesto el malestar, y singularmente la amargura por las condiciones en que se había desarrollado las últimas horas de vida de sus familiares en el entorno hospitalario, y más concretamente en el de los servicios de urgencia de dichos centros.

En estos supuestos los pacientes venían siendo atendidos por la estructura de cuidados paliativos en sus propios domicilios, pero en unos casos que se presentaron crisis de necesidad (en terminología del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos), que motivaron el traslado al hospital para la práctica de pruebas o resolución de las mismas, y en otros se optó definitivamente por este medio para facilitar el fallecimiento, cuando las complicaciones aparecidas, en opinión de los profesionales, no permitían garantizar el control de la situación.

Resultan ilustrativas las manifestaciones de los familiares de estos pacientes, según las cuales la experiencia hospitalaria de sus últimos días, había arruinado totalmente los esfuerzos que se venían realizando desde tiempo atrás en orden a sus cuidados, y ello a pesar de que el plazo de duración de aquella no excede en todos los casos de unas cuantas horas.

El Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos más arriba referido, diseña un panorama complejo de relaciones entre los distintos dispositivos que intervienen en la atención de los pacientes en situación terminal, en función de la complejidad asistencial de los mismos, con el objetivo puesto en la garantía de la



continuidad asistencial.

El sistema sin embargo hace crisis por el obligado transcurrir de los pacientes por el itinerario asistencial de los servicios de urgencia hospitalarios, cuando son derivados a dichos centros. Teóricamente cuando estos pacientes son trasladados a los hospitales, habitualmente en medios de transporte sanitario de los dispositivos de cuidados críticos y urgencia, o de emergencias sanitarias; deberían ser inmediatamente clasificados para la asignación urgente del recurso oportuno.

Esta premisa sin embargo ha resultado sistemáticamente incumplida en los supuestos que hemos analizado, en los que la coordinación entre los equipos de atención a domicilio, y las unidades de cuidados paliativos hospitalarios, se limitan a contactos interpersonales en forma de llamadas

telefónicas, que se resuelven en función de las circunstancias, impidiendo el “rescate” de estos pacientes del circuito normalizado de urgencias, y la aplicación de la priorización y la atención que precisan. La impresión que nos gana es que la anhelada continuidad asistencial se supedita a la casuística, la voluntad de los profesionales o las circunstancias del momento.

Avanzamos en la definición de protocolos pero debemos impregnar todos los procesos de una especial sensibilización hacia los pacientes y sus familiares en los momentos más delicados.

Así en una de las tres quejas que hemos conocido el pasado ejercicio en las cuales esta Institución ha emitido Resolución, el paciente fue enviado al hospital para hacerse

Urgencias →

un TAC porque había perdido el habla, pero pasó un día entero en un pasillo de urgencias sin que llegaran a practicárselo, y se demoró por horas su regreso al domicilio porque no había ambulancias disponibles, y allí falleció al día siguiente. En los otros dos casos los pacientes fueron ingresados en observación de urgencias, donde uno falleció, y otro pasó su última noche consciente antes de ser derivado a un hospital concertado, en el que sobrevivió un día más, transcurriendo el tiempo en dicho dispositivo sin acompañamiento de sus familiares, que fueron expresamente impedidos de acceder al mismo, más que en los escasos momentos regulados de visita.

La falta de acompañamiento de sus familiares en este último trance, es vivida por los interesados en las quejas con profundo dolor, y justificada por los centros hospitalarios con las consabidas alusiones a la sobrecarga asistencial. Ciertamente, tal y como se regula el derecho de acompañamiento en la Ley de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, el ejercicio del mismo debe compatibilizarse con las

medidas sanitarias para ofrecer una atención sanitaria de calidad a los pacientes, pero ni la sobrecarga asistencial ni la escasez de espacios pueden esgrimirse genéricamente para impedir el ejercicio de un derecho que resulta perfectamente exigible, de manera que las limitaciones para su ejercicio deben ser absolutamente excepcionales, aparte de quedar debidamente justificadas.

Con esto no queremos significar que desde esta Institución desconozcamos la realidad material de la mayoría de los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz en lo que a este aspecto se refiere. No en vano llevamos mucho tiempo preguntando en nuestras resoluciones, dónde deberían quedar emplazados en el área de urgencias los pacientes en situación de agonía, y qué procedimientos tendrían que instrumentarse para garantizar una muerte digna en este ámbito.

Por lo pronto pensamos que la situación de partida de los pacientes que se encuentran en situación terminal, revela un singular

desvalimiento que hace aconsejable una recepción y un acompañamiento singularizado de los mismos por el proceso asistencial en urgencias, a través del diseño de un circuito específico, en el cual se potencie el aspecto de cuidados, y se eliminen los pasos intermedios cuando la situación se ha evaluado y el traslado se ha gestionado desde los medios convencionales o avanzados para la atención de cuidados paliativos.

Al mismo tiempo urge que den frutos los grupos de trabajo constituidos en los hospitales para adoptar las medidas que posibiliten el ejercicio de los derechos previstos en la normativa vigente para los usuarios en el proceso de muerte, y que se desechen impedimentos genéricos, a la par que habituales en la dinámica de trabajo de los servicios de urgencia hospitalarios, para negar el acompañamiento por los familiares en los últimos momentos.

(Ver Sección Primera)