

S O R I A

E N F E R M E R Í A
www.enfermeriasoria.com



Boletín Informativo del Colegio Profesional de
Diplomados en Enfermería de Soria.

Nº47
AÑO 2021

Para los colegiados que cesan su
actividad profesional por jubilación

Apoyo al desarrollo de la
investigación enfermera

Junta General Ordinaria



LEY DE EUTANASIA

REDACCIÓN

Colegio de Enfermería de Soria

COLABORACIONES

Agradecemos vuestras ideas

DIRECCIÓN

Presidenta: D^a M^a Isabel Galan Andres
 Vicepresidente: D. Antonio Ángel Algarabel Cámara
 Secretaria: D^a Ana Isabel Lopez Gonzalo
 Tesorera: D^a Milagros Laorden Enciso
 Vocal I: D^a M^a Angeles Martínez de Casas
 Vocal II: D^a M^a Antonia González Fernández
 Vocal III: D^a M^a Luisa Sanz Muñoz
 Vocal IV: D^a M^a Lourdes Tierno Ojuel
 Vocal V: D^a Gloria Lázaro Vela
 Vocal VI: D^a Adoración García Pérez

EDITA

Iltr. Colegio Profesional de Diplomados en
 Enfermería se Soria
 C/ Alberca, 8 - Bajo - 42003 Soria
 Teléfono y Fax: 975 21 37 55
 www.enfermeriasoria.com

SUMARIO

2 Editorial

Para los colegiados que cesan su actividad profesional por jubilación

3 Apoyo al desarrollo de la investigación enfermera

Junta General Ordinaria

4 Hablemos de la eutanasia

5 Al final de la vida: eutanasia y cuidados paliativos

7 Fatiga por compasión, valores y eutanasia

9 Ley orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia

11 La ley de eutanasia en Castilla y León

13 Praxis enfermera en el proceso eutanásico

16 A.M.A.

Ley de Eutanasia: ¿y l@s enfermer@s qué?

Editorial

Al igual que todos deseamos una buena vida, también deseamos una buena muerte. Este es el significado etimológico de eutanasia. Una palabra muy escuchada últimamente por la reciente aprobación de una ley nacional española. Sin embargo, para el sector enfermero la eutanasia, la muerte y los cuidados paliativos no son palabras de moda, son parte de nuestra profesión.

Es por esto que la nueva norma nacional nos afecta a tod@s los profesionales de Enfermería. Y entonces surgen las preguntas: ¿qué sabemos de la nueva Ley de Eutanasia?, ¿en qué afecta a los y las enfermer@s?, ¿qué papel jugamos en estas competencias?, ¿afectará a nuestros valores y principios?... son muchas preguntas y, a corto plazo, parece que pocas respuestas.

La intención de este colegio profesional es facilitar el trabajo de todos los enfermeros y enfermeras de la provincia y esperamos que este boletín pueda aclarar algunas de vuestras preguntas sobre la Ley de Eutanasia.

En este sentido es importante saber que el sector de la Enfermería está representado en la Comisión de Garantías de aplicación de dicha Ley de ámbito nacional. Este comité es el órgano encargado de decidir, en última instancia, si ha lugar a la eutanasia o no. Algo ha tenido que ver con esta representación las alegaciones presentadas por el Consejo de Enfermería de Castilla y León durante la creación puesta en marcha de esta Comisión de Garantías.

Pero en el tema de la eutanasia hay otras dudas y cuestionamientos. Esos que son personales e íntimos y que surgen cuando estás en la situación, experimentando lo que cualquier persona siente cuando trabaja con la enfermedad y la muerte tan cerca.

Por este motivo, y con la intención de aportar información y un poco de claridad a la nueva Ley de Eutanasia desde el punto de vista enfermero, los miembros del Comité Deontológico del Colegio de Enfermería de Soria han realizado diversos artículos sobre este tema, desde diferentes aspectos relacionados con nuestra profesión y con una mirada ética exquisita. Información y puntos de vista de profesionales que saben muy bien de lo que hablan.

Desde la entidad colegial queremos agradecer y reconocer el trabajo realizado por estas compañeras con el único objetivo de facilitarnos la comprensión y resolver preguntas que nos puedan surgir con la nueva legislación.

PARA LOS COLEGIADOS QUE CESAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL POR JUBILACIÓN



Según los Estatutos de la Organización Colegial es requisito exigido que los colegiados que cesen en el desarrollo de su actividad profesional por jubilación tramiten por escrito la solicitud de baja en el Colegio. Para tal efecto, en la secretaría del Colegio se les facilitará el impreso de solicitud a cumplimentar. También pueden hacerlo a través de la Ventanilla Única.

Una vez presentada la solicitud, el Colegio procederá a darles de baja en nuestra base de datos, de forma que el programa informático no genere las domiciliaciones bancarias de las cuotas de colegiación.

APOYO AL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

El Consejo General de Enfermería siguiendo la línea de apoyo para promocionar, potenciar e impulsar la investigación de las enfermeras y enfermeros españoles, proporciona ayudas para financiar proyectos e iniciativas relacionadas con la investigación enfermera. A través del Instituto Español de Investigación Enfermera pone a disposición de toda la organización colegial la página web del Instituto <https://www.ieinstituto.es>, su agenda de eventos y panel de noticias para hacernos eco de todas las actividades que se organicen a nivel provincial y autonómico sobre investigación, convocatorias y entregas de premios, becas, jornadas, reuniones científicas, proyectos, etc... y así aumentar la difusión y visibilidad de los mismos, con el objeto de hacer llegar todas las iniciativas al mayor número de colegiados posibles.

Desde el Colegio de Enfermería de Soria nos unimos a esta iniciativa apostando por el apoyo al desarrollo de la investigación enfermera, como piedra angular para nuestro desarrollo profesional enfermero.

Toda la información en relación con esta promoción de la investigación la puedes encontrar en la página web del Colegio www.enfermeriasoria.com



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE
ENFERMERÍA
DE SORIA

JUNTA GENERAL ORDINARIA

C/ ALBERCA, 8 - bajo
42003 – SORIA
Tel.: 975.213.755

Según acuerdo de la Junta de Gobierno de Colegio Profesional de Enfermería de Soria y de conformidad con los vigentes Estatutos, se convoca Junta General Ordinaria, a celebrar el día **30 de marzo de 2022**, a las 17:30 horas en primera convocatoria y a las 18:00 horas en segunda, en el Círculo Amistad Numancia (C/ Collado, 23 – 1ª planta.- SORIA), con arreglo al siguiente,

ORDEN DEL DIA

1. Lectura y aprobación, si procede, del Acta anterior.
2. Aprobación, si procede, del Balance del Ejercicio 2021.
3. Aprobación, si procede, de los Presupuestos del ejercicio 2022.
4. Aprobación de la modificación de los Estatutos planteada por la Junta de C y L.
5. Ruegos y preguntas.

Soria, 15 de febrero de 2022
LA SECRETARIA

Fdo. Ana Isabel López Gonzalo



GLORIA GARCÍA MAZALVETE.

Enfermera. Licenciada en antropología social y cultural. Experto en bioética. Presidenta Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Soria.

HABLEMOS DE LA EUTANASIA

Hablar sobre la última etapa del final de la vida, en nuestra sociedad, siempre se nos ha resistido. Sin embargo, a partir de mediados de Mayo de 2003, fecha en la que entra en vigor la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre ley básica que regula la Autonomía de las personas, “al derecho a la vida y a la muerte”, se convierte en tema de reflexión y discusión entre profesionales.

En Bioética, el “Principio de Autonomía” es uno de los cuatro principios bioéticos según Beauchamp y Childress. Los otros tres serían: No maleficencia, Beneficencia y Justicia. La Autonomía se basa en la autodeterminación del individuo en la aceptación para elegir libremente y en la autoridad en torno a cuestiones que afectan a los confines de su vida y por lo tanto de su muerte. Los profesionales debemos respetarlo y esto se refleja en la relación clínica.

Esta ley tiene unos principios básicos

- a) Toda actuación sanitaria requiere el consentimiento del paciente. (Art. 2. 2)
- b) El paciente tiene derecho a decidir libremente después de recibir una información adecuada. (Art. 2. 3)
- c) Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento. (Art.2. 4)
- d) Todo profesional está obligado a respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. (Art. 2. 6)

Por supuesto, el paciente debe estar con plena capacidad mental para comprender la información que recibe sobre su proceso, para así decidir sobre su final. Esto, que parece tan obvio hoy, no hace mucho tiempo



La Escuela de Atenas, fresco de Rafael (1509-1510)

no lo era tanto. Cuando un individuo estaba enfermo casi siempre decidía la familia y la autodeterminación personal, es decir, disponer de su vida, entrañaba una gran dificultad.

“La primera obligación ética es procurar a todos los seres humanos una Buena Vida y la segunda obligación es conseguir que éstos tengan una Buena Muerte.” La técnica permite a la medicina moderna alargar la vida, cuando el proceso de la muerte está instaurado y el final es inevitable.

Si la técnica decide el final de la vida, significa que la dignidad de la persona no se respeta y a partir de aquí se abre una importante deliberación sobre el “Derecho a una muerte digna,” *El Encarnizamiento Terapéutico y El Testamento Vital* (Documento en el que la persona expresa su voluntad de no ser sometida a tratamientos de prolongación artificial de la vida, si llegado el momento no está en condiciones de decidir o expresar

sus deseos); éste, para tener validez se realizaría con capacidad plena, voluntariamente, coherente con su trayectoria vital de pensamiento y sin hallarse en circunstancias de dolor y sufrimiento que resultasen insoportables. Nuestra sociedad comienza a poner en valor “*Los Cuidados Paliativos*” y es que a veces se desea la muerte porque falla el cuidado, el acompañamiento, la confortabilidad y el control del dolor.

Pero en nuestra sociedad, un sector importante de ella, basándose en el derecho que nos da la Ley 42/2002 sigue reclamando el derecho a la Autodeterminación es decir a gestionar su propia muerte, y lo que antes era una excepción con el tiempo se convierte en ley.

Desde hace muchos años en Bioética, antes de la promulgación de la ley 41/2002 ya deliberábamos largo y tendido, sobre el principio de Autonomía o Autodeterminación, porque en ocasiones este Principio nos

creaba problemas éticos importantes a los profesionales en el ejercicio de la profesión. En los “Comités de Ética” este principio se oponía a otros como los de Beneficencia, No Maleficencia e incluso el de Justicia

Os recomiendo que leáis el artículo del Profesor Diego Gracia (1990) “Historia de la Eutanasia”, donde el maestro nos habla de las tres fases: Eutanasia Ritualizada, Eutanasia Medicalizada y Eutanasia Autonomizada.

La posibilidad que tiene la persona para disponer de su vida, forma parte de su libertad, y esto es así, hasta que no seamos capaces SOLOS, de controlar nuestro bienestar físico y psíquico. En España el 24 de Marzo, el Parlamento aprobó la Ley Orgánica 3/2021 legalizando la Eutanasia, reforzando la Autonomía de las personas a disponer de su vida y el derecho de éstas a solicitar la prestación de “Ayuda para morir”. Entró en vigor el 25/06/2021, consistente en proporcionar las medidas necesarias para morir, de acuerdo con el procedimiento y las garantías establecidas en la ley.

Establece dos modalidades:

a) La administración directa al paciente de una sustancia por parte

de un profesional sanitario (médico)
b) Prescripción o suministro por parte del médico de una sustancia de manera que el paciente se la pueda auto-administrar para causar su propia muerte.

También regula el derecho de los profesionales sanitarios a la objeción de conciencia para participar o no en este proceso. Esta ley que es garantista con una serie de requisitos que la persona debe cumplir y ser acordes a los Protocolos aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, nos plantea en Bioética un conflicto entre los principios (No Maleficencia, Beneficencia, Justicia y Autonomía) y los profesionales deberemos deliberar en cada caso y confrontarlos con nuestros propios principios éticos personales, para participar o no en este proceso de *Ayudar a Morir*. Pues como dice D. Gracia “El lenguaje de la ética, no es el del derecho sino el del deber”.

El caso de Ramón Sampedro hizo que socialmente se pusiera el punto de mira en el sufrimiento que tiene un ser humano cuando mentalmente es consciente de la dependencia total de otro ser humano (hasta para espantar una mosca) y físicamente no puede realizar su “proyecto vital”. Me viene a la mente una frase del

profesor Diego Gracia que me hizo reflexionar profundamente cuando la leí: “La muerte verdadera plena, no es un acontecimiento biológico ajeno a nosotros mismos, sino un momento fundamental de nuestra biografía”.

La Deliberación es el razonamiento moral que tiene un método específico. Desde Aristóteles es un razonamiento práctico de los valores en juego. Se ponderan circunstancias y consecuencias, se toma un curso de acción prudente que es el que menos lesiona a los valores, siempre con otras personas, pues no debemos olvidar es un *análisis colectivo*.

Bibliografía:

1. Gracia, D. (2003). Ética de los confines de la vida. Buho.
2. Gracia, D. (1990). Historia de la eutanasia. En: La eutanasia y arte de morir (Gafo, J., ed.) Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.
3. Mir, J., Busquets, E. (2011). Principios de Ética Biomédica de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioética & Debat, 17 (64), 1-7.
4. Gracia, D. (2021). Fundamentación y enseñanza de la bioética. Astrea.



MIRYAM BUENO ARNAU.

Enfermera Unidad de Cuidados Paliativos Soria. Máster en Cuidados Paliativos. Doctora en enfermería y salud. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de enfermería de Soria.

AL FINAL DE LA VIDA: EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Con la aprobación de la Ley de regulación de la eutanasia no se pone fin al debate ético y trascendental que se da al final de la vida. El ser humano

convive con la finitud, la vulnerabilidad, la dependencia, la enfermedad y la muerte. Nos vemos interpelados por todas estas situaciones complejas a

las que tratamos de buscar sentido y sobrellevar tratando de evitar el sufrimiento. Es en este punto donde se encuentran la eutanasia y los

cuidados paliativos, en el deseo por aliviar un sufrimiento insoportable.

Los cuidados paliativos nacieron en la segunda mitad del siglo XX en Reino Unido con Cicely Saunders y el movimiento Hospice. Elisabeth Kübler-Ross, por su parte, extendió en EEUU la idea de llevar los cuidados paliativos a los propios domicilios de los pacientes. Los cuidados paliativos llegan a España en 1984 cuando se introduce su filosofía en la sección de oncología médica del Hospital Valdecilla de Santander, tras una estancia en varios Hospice de Londres, de algunos miembros del equipo. En 1987 se reconoce la Unidad de Cuidados Paliativos por parte del Insalud en Cantabria. Paralelamente en 1986, en el Hospital de la Santa Creu de Vic, se inicia un programa de cuidados paliativos, multidisciplinar y con atención domiciliaria. A partir de este momento se comienzan a desarrollar los cuidados paliativos por toda la geografía española. (Centeno Cortés, C., 1999)

Si hablamos del presente de los Cuidados Paliativos nos queda mucho camino por recorrer. El Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa en 2019, enmarcado dentro del Programa de Investigación Atlantes realizado por el Instituto de Cultura y Sociedad de la Universidad de Navarra, revelaba que en España contamos con 260 servicios de cuidados paliativos, siendo el 7º país de Europa por número total de servicios. En servicios por habitante ocupamos el puesto 31, de los 51 países analizados, estando a la altura de Georgia, Rumania, Letonia o República Checa. Para el año 2060 se calcula que las necesidades de cuidados paliativos aumentarán un 85%.

Ante esta realidad que muestra una situación en España que dista mucho de ser ventajosa, sorprende que se haya elegido legislar antes sobre la eutanasia que sobre el derecho fundamental de todos los habitantes del territorio español a acceder a unos cuidados paliativos de calidad, derecho que desde hace muchos años reivindican los paliativistas. Es cierto que en el ámbito político es muy llamativo aprobar la eutanasia.

Legislar sobre cuidados paliativos no es tan brillante, principalmente porque la población en general, incluso todavía muchos profesionales de la salud, desconocen qué significan los cuidados paliativos.

Una de las definiciones más actuales que podemos encontrar sobre qué son los cuidados paliativos es la definición consensuada por la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) que los define como la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud y debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (IAHPC, 2018).

Cabe destacar que la definición no expresa tiempo de supervivencia estimado, ni pronóstico de vida, como se tendía a hacer en anteriores definiciones. Podemos ver también que define la asistencia como activa y con una mirada holística que trata de mejorar la vida de quien tiene un sufrimiento severo y sus familiares y cuidadores. Cuando una persona pasa a recibir cuidados paliativos no se “dejan de hacer cosas”, más bien todo lo contrario, “se comienza a hacer mucho” para llenar de calidad de vida a las personas y sus familias en toda su dimensión: clínica, social, psicológica y espiritual. Por ello a diferencia de la eutanasia, que es un acto médico, en los cuidados paliativos se requiere de todo un amplio equipo interdisciplinar, cuyo centro es el paciente y su familia y donde cada profesional desde su cuerpo de conocimientos procura buscar con el paciente lo que pueda beneficiarle.

Volvamos al punto de unión de los cuidados paliativos y la eutanasia, el alivio del sufrimiento. Y nos preguntamos, ¿qué es el sufrimiento?. Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos, formada como enfermera, habló sobre el Dolor Total, como un sufrimiento que ocupaba todas las esferas del ser humano, física, psíquica y social. (Clark D., 1998). Es en ese punto donde el ser humano necesita que le brinden



La niña enferma. E. Munch (1885-86)

todas las medidas al alcance de una sociedad llamada “avanzada” para que seamos capaces de hacer disminuir ese sufrimiento hasta hacerlo desaparecer. Para ello los cuidados paliativos cuentan con todas las herramientas que la evidencia y la investigación de una disciplina consolidada aporta. Una de estas herramientas es la sedación terapéutica, la European Association of Palliative Care (EAPC, 2010) en su documento de consenso del año 2010, define la Sedación Terapéutica (o Paliativa), en el contexto de los Cuidados Paliativos, como el uso controlado de medicamentos con el propósito de inducir un estado de conciencia disminuido o ausente (pérdida de conocimiento) y con el fin de aliviar la carga de un sufrimiento intratable, de una manera que sea éticamente aceptable para el paciente, la familia y los profesionales.

La sociedad española sigue precisando la aprobación inmediata de una ley que regule y nos dé el derecho como individuos de acceder en igualdad de oportunidades a los cuidados paliativos.

Aprovecho la ocasión para invitar a todas las enfermeras y enfermeros a reflexionar sobre el fin de la vida y a procurarnos una formación adecuada a una situación con la que convivimos a diario. Desde ese punto nos daremos cuenta de que tomar posturas inamovibles o juzgar a personas concretas no nos ayudan a CUIDAR, porque al final quien pide acogerse a este derecho son personas concretas con una historia de vida,

vivencias y procesos concretos que como enfermeras escucharemos y atenderemos siempre.

Bibliografía:

1. Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S y Arnillas Gómez P.(1999). Historia del movimiento Hospice. El desarrollo de los cuidados paliativos en España. En M. Gómez (Ed.), Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán.
2. Centeno C. et al. (2019) EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. University of Navarra. Atlantes Research Program.
3. Clark D. (1998). An annotated bibliography of the publications of Cicely Saunders. Part 1: 1958-67 Pall. Med.
4. IAHPC. Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston, TX: The International

Association for Hospice and Palliative Care.

Retrieved from <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>



MARTA LLORENTE-ALONSO

Enfermera de salud mental en el Centro de salud mental de Soria. Doctora en Psicología de la salud. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Soria.

FATIGA POR COMPASIÓN, VALORES Y EUTANASIA



La profesión de enfermería se caracteriza por estar sometida a innumerables factores estresantes, incluidos dilemas éticos. Las/os enfermeros/as se involucran en interacciones humanas profundas

tanto con pacientes, como con sus familias. Además, la relación directa con el sufrimiento, la muerte y el duelo convierten a este personal en población vulnerable y posibles víctimas de trauma. En este contexto de riesgo

emocional, encontramos el concepto de fatiga por compasión. Uno de los primeros autores que estudiaron este fenómeno fue Joinson en 1992. La fatiga por compasión se define como un cuadro de agotamiento y disfunción en los trabajadores de la salud, como resultado de una exposición prolongada al estrés relacionado con el trabajo y al estrés por compasión. Se refiere a un inicio agudo de trastornos físicos y respuestas emocionales que culminan en una disminución de los sentimientos compasivos hacia los demás, como resultado de una exposición prolongada al sufrimiento humano (Sinclair et al., 2017).

Xie et al. (2021) expusieron que este síndrome puede provocar cefalea, trastornos del sueño, diarrea/estreñimiento, irritabilidad o depresión. Conduce a un mayor ausentismo, mala calidad de la atención de enfermería, errores de medicación, productividad reducida y alta rotación de personal. Cocker y Joss (2016)

sugirieron que se caracteriza por agotamiento, irritabilidad, conductas de afrontamiento negativas que incluyen abuso de alcohol y drogas, capacidad reducida para sentir simpatía y empatía, disminución de la satisfacción laboral, y deterioro de la capacidad para tomar decisiones y cuidar a los pacientes. Además, los efectos negativos de la prestación de cuidados se ven agravados por la gravedad del material traumático al que está expuesto el cuidador. De esta forma, el contacto directo con víctimas implica un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales como depresión, ansiedad e incluso trastorno de estrés postraumático. Sinclair et al. (2017) encontró síntomas casi idénticos a los del estrés postraumático en la fatiga por compasión, incluidos los pensamientos intrusivos o los recuerdos traumáticos relacionados con las experiencias de los clientes.

El término fatiga por compasión ha recibido considerable atención a nivel mundial en el ámbito de enfermería y de otras profesiones como es la veterinaria. Por ejemplo, un metaanálisis reciente (Xie et al., 2021) ha detectado que el 22% de las enfermeras de oncología sufre un alto riesgo de padecer fatiga por compasión. En España, a consecuencia del desarrollo reciente de la Ley de eutanasia, aún no se ha desarrollado suficiente evidencia científica que ponga en relación la fatiga por compasión en enfermería y la eutanasia. No obstante, sí que encontramos en la literatura académica estudios que detectan altos niveles de fatiga por compasión en otras profesiones que llevan años practicando la eutanasia. Por ejemplo, Rohlf (2018) realizó una revisión sistemática en la que encontró que tanto el estrés ocupacional como la fatiga por compasión son muy frecuentes en la profesión del cuidado de animales.

La fatiga por compasión se ha considerado por algunos autores como el “coste de cuidar” (Figley, 1995). En este nuevo paradigma de la autonomía del paciente, “la eutanasia”, las enfermeras nos enfrentamos a nuevos retos, en los que prestar apoyo, curación y aliento

en tiempos de sufrimiento, puede repercutir directamente sobre nuestra capacidad empática y compasiva. Además, la atención sanitaria es inseparable de valores universales como el cuidado, la ayuda y la compasión, y de la consideración de los valores individuales del paciente (Petrova et al., 2006). En la atención de enfermería actual entran en juego valores complejos y contradictorios (Sánchez et al., 2018). Por ejemplo, cuando los valores personales de un profesional de la salud pueden comprometer la atención prestada, situación que deriva en la objeción de conciencia. Es aquí donde debemos subrayar el papel de la enfermería basada en valores, que es aquella que pretende poner de manifiesto los diversos valores presentes en la práctica y resolver estos conflictos (Sánchez et al., 2018).

Por todo ello, el informe del Comité de Bioética de España (CBE) (2021) establece que, desde el inicio de la relación entre el sanitario y el paciente que desea de ejercer su derecho a la eutanasia, debe comunicarse la posible objeción de conciencia, si la hubiera, y asegurar el acompañamiento en todo el proceso de deliberación en la fase final de su existencia. Esta actitud es necesaria ya que el paciente “no percibe sensación de abandono por parte del sanitario y no se produce omisión del deber de cuidado respecto a la información y la comunicación” (CBE, 2021). Desde la petición de eutanasia del paciente, se establece un periodo de 28 días hasta que el médico consultor comprueba en la historia clínica que se cumplen las condiciones para la aplicación de la eutanasia. Es un proceso “humanizador, deliberativo, comunicativo y relacional” (CBE, 2021). En estos días, los cuidados de enfermería se centran en la confianza y acompañamiento al paciente y su familia, y en el establecimiento de una alianza terapéutica sólida, algo que sin duda requiere una elevada implicación emocional. Por lo tanto, a lo largo de este proceso, y no sólo en el momento de “la prestación de ayuda para morir” los/as enfermeros/as deben tener en cuenta los riesgos a los que se enfrentan con el fin de protegerse de la fatiga por compasión.

A modo de conclusión, se han propuesto varias intervenciones para prevenir y controlar la fatiga por compasión de los profesionales sanitarios. Encontramos estrategias que incluyen el autocuidado, programas de bienestar para los empleados, intervenciones educativas y formación para la mejora de determinadas cualidades personales, como la resiliencia (Sinclair et al., 2017). Se han propuesto programas de meditación y respiración, seminarios y recursos multimedia centrados en la resiliencia, y programas de apoyo al cuidador centrados en el autoconocimiento y gestión de la energía, entre otros. Por todo lo anteriormente expuesto, es importante, en esta etapa de adaptación al nuevo paradigma, que los gerentes implementen medidas de prevención y planes de salud para los equipos que prestan asistencia en la eutanasia. Debemos cuidar a quien nos cuida.

REFERENCIAS

1. Cocker, F. y Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 618.
2. Comité de Bioética de España (2021). Informe Del Comité De Bioética De España Sobre La Objeción De Conciencia En Relación Con La Prestación De La Ayuda Para Morir De La Ley Orgánica Reguladora De La Eutanasia. Extraído de (18 de enero de 2022): <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf>
3. Figley, C.R. (Ed) (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
4. Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118–9,120.
5. Petrova, M., Dale, J. y Fulford, K.W.M. (2006). Values-based

practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *British Journal of General Practice*, 56, 703-709.

6. Rohlf, V. I. (2018). Interventions for occupational stress and compassion fatigue in animal care professionals—A systematic review. *Traumatology*, 24(3), 186-192.
7. Sánchez López, J. D., Rodríguez, I., Carriel Araya, V., y Moreno

Martín, M. L. (2018). Eutanasia como paradigma de la autonomía del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(3), 180-181.

8. Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., y SmithMacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
9. Xie, W., Wang, J., Zhang, Y., Zuo, M., Kang, H., Tang, P., ... Ma, C.

(2021). The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 615-632.



ANA MARÍA CARDÓS MARTÍNEZ.

Matrona Hospital Santa Bárbara.

Miembro de la Comisión Deontológica del colegio de Enfermería de Soria.

LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

El 25 de marzo de 2021 se publicó en el «BOE» la Ley orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, la cual entró en vigor el 25 de junio de 2021. La prestación de ayuda para morir está incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y es de financiación pública. Esta prestación consiste en proporcionar los medios necesarios a una persona que ha manifestado su deseo de morir de acuerdo al procedimiento y garantías establecidos en la Ley.

Según se recoge en la cita Ley, eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento, limitando el concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia a aquella que se produce de forma activa y directa.

El derecho a la eutanasia queda delimitado con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona, con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal.

El propósito de esta Ley es, no sólo regular y despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona en los supuestos contemplados, también busca respetar la autonomía y voluntad, de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico y con limitaciones que afectan a su autonomía física y actividades de la vida diaria o de enfermedad grave e

incurable, con un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que se denomina un contexto eutanásico.

Se distinguen dos conductas eutanásicas diferentes; la eutanasia activa en la que es el profesional sanitario quien pone fin de manera deliberada a la vida del paciente o aquella en la que es el paciente el que lo hace, habiendo recibido los medios y asesoramiento previo por parte del profesional.

Podrá solicitar la prestación de ayuda para morir toda persona que cumpla con los requisitos recogidos en el Capítulo II, artículo 5, como son: tener la nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, ser mayor de edad, ser capaz y consciente

en el momento de la solicitud y sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico/médica responsable.

El paciente que quiera acceder a esta prestación deberá presentar dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que nos sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

El procedimiento será coordinado en todo momento por el médico responsable, quien además será referente en el proceso asistencial. Compete al médico/a el control del cumplimiento de las condiciones clínicas que se establezcan para la eutanasia, así como el seguimiento de la actuación para asegurar que el paciente pueda morir de forma rápida e indolora.

El paciente podrá elegir al médico/a responsable en el proceso de la prestación de ayuda para morir, siempre que sea posible. Podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria. En la mayor parte de los casos, es previsible que sea el médico/a habitual o de confianza del paciente.

Procedimiento:

- Solicitud de prestación de ayuda para morir por parte del paciente.
- Deliberación entre el paciente y el médico responsable sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita.
- Formulación de una segunda solicitud por parte del paciente, tras la cual el médico/médica responsable retomará con el paciente el proceso deliberativo al objeto de atender cualquier duda o necesidad de ampliación de información que le pueda plantear, después de lo cual el

paciente firmará el consentimiento informado si quiere seguir adelante con el proceso. El médico responsable deberá informar de esta circunstancia al equipo asistencial, así como a los familiares o allegados si así lo solicita el paciente.

- El médico responsable debe consultar con un médico consultor, facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece a su mismo equipo, quien estudiará la historia clínica y corroborará el cumplimiento de las condiciones establecidas en la Ley.
- Si el médico/médica responsable y el médico/médica consultor/a emiten informe favorable, se remitirá la petición a la Comisión de Garantías y Evaluación de la Comunidad Autónoma (creada por su respectivo gobierno autonómico). Es un órgano colegiado integrado por profesionales sanitarios (de medicina, enfermería y psicología) y juristas que tiene la competencia para el reconocimiento legal del derecho a la prestación de ayuda para morir. Realiza un control de legalidad sobre todo el procedimiento seguido, e igualmente es el órgano ante el que los pacientes pueden presentar reclamaciones contra las denegaciones de su solicitud.

La prestación se podrá realizar en centros sanitarios públicos y privados o concertados, y en su domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial resulten menoscabados por el lugar donde se realiza.

La Ley establece que los profesionales sanitarios pueden acogerse al derecho a la objeción de conciencia, es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. Las administraciones sanitarias dispondrán de un registro de profesionales sanitarios acogidos a este derecho.

En la disposición adicional sexta, se expresa que con el fin de asegurar la igualdad y la calidad asistencial el Consejo Interterritorial de Salud elaborará un manual de buenas prácticas para la correcta puesta en práctica de la Ley.

Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

En cuanto a la formación de los profesionales, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la Ley, la Comisión de formación continuada coordinará la oferta específica sobre este proceso que englobará los aspectos técnicos, legales, la comunicación difícil y el apoyo emocional.

Bibliografía:

- Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia. BOE nº 72 de 25 de marzo de 2021. Ref BOE-a-2021-4628.
- Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia.
- Derecho a la eutanasia. Proceso de atención para la prestación de ayuda para morir.

Preguntas y respuestas para los profesionales Junta de Castilla y León. Sacyl.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/1911545-Preguntas%20y%20respuestas%20profesionales.pdf>



CLARA Mª TORRES ORTEGA.

Enfermera. Unidad de Urgencias Hospitalarias de Soria. Máster en investigación, cuidados y calidad de vida. Doctora en Enfermería. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Soria.

LA LEY DE EUTANASIA EN CASTILLA Y LEÓN.



El 25 de marzo se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. El artículo 17 de esta ley recoge que cada Comunidad Autónoma creará una Comisión de Garantía y Evaluación encargada de verificar de forma previa y controlar a posteriori los procedimientos que en dicha ley se establecen. La Comisión de Garantía y Evaluación es un órgano administrativo, constituido por un mínimo de siete miembros entre los que se incluirá personal médico, de enfermería y juristas. En sus artículos 18 y 19, establece sus funciones decisorias, verificadoras y consultivas e impone a sus miembros el deber de secreto.

Por otra parte, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, para garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la eutanasia incluye en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud la prestación de la ayuda a morir. En consecuencia, de acuerdo con el marco normativo señalado y en ejercicio de las competencias exclusivas que el artículo 74 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León atribuye a la comunidad autónoma, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, en materia de sanidad y salud pública, así como la planificación de los recursos sanitarios, correspondiendo la organización, funcionamiento,

administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas.

En Castilla y León es el Decreto 15/2021, de 24 de Junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de Marzo, de Regulación de la Eutanasia. En la creación de la Comisión de Garantía y Evaluación, atendiendo a su naturaleza de órgano colegiado administrativo, se ha tenido en cuenta además la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público y la Ley 3/2001, de 3 de julio, del gobierno y de la administración de la Comunidad de Castilla y León. La Comisión de Garantía y Evaluación tiene como

finalidad verificar y controlar el respeto a la Ley Orgánica, resolver las reclamaciones y solucionar las diferencias de criterio del médico.

La propia ley en una disposición adicional recoge la obligación de difundir dicha ley entre profesionales y ciudadanía, por lo que la Consejería de Sanidad está incorporando progresivamente documentos para dar la máxima difusión. Esta información se puede obtener a través de la página de Sacyl Profesionales "Derecho a la eutanasia, prestación de ayuda para morir". En esta página además de formación, formularios orientativos para la tramitación de la eutanasia y una relación de preguntas y respuestas frecuentes acerca de la eutanasia, se puede encontrar un apartado acerca de la declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios a realizar la prestación de ayuda para morir.

La Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en su artículo 16 reconoce la libertad ideológica y de conciencia como un derecho protegido constitucionalmente. La decisión de objetar es individual del propio profesional implicado, que van a ser: el médico responsable, la enfermera que va a administrar el fármaco y el farmacéutico que va a suministrar el fármaco, no se contempla igual los trabajadores sociales y los profesionales de psicología, cuyos informes no son vinculantes. La objeción de conciencia deberá manifestarse anticipadamente, por escrito lo que contradice al artículo 16.2 de la Constitución Española que dice "Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias", por eso es tan importante garantizar la confidencialidad. La objeción de conciencia puede ser revocable. En el caso de la objeción de conciencia sobrevenida, el profesional podrá declararse objetor en ese momento.

Las administraciones sanitarias crearán un registro de objetores de conciencia, sometido a la confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal. Dependerá de la Dirección General de Salud Pública de la



Consejería de Sanidad. Tendrán acceso a los datos de registro los Gerentes de Atención Primaria, Atención Especializada y de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, así como los titulares de los centros privados. La coherencia de las actuaciones del objetor deberá ser igual en el conjunto de su actividad sanitaria, tanto pública como privada.

En cuanto a la presentación de la documentación, se debe hacer a través del modelo normalizado disponible en la sede electrónica de Castilla y León. En el momento en que el profesional sanitario presente su declaración de objeción de conciencia obtendrá el reporte del registro electrónico. No se puede objetar solo a uno de las modalidades de la prestación, ya sea la administración directa al paciente de la sustancia por el profesional competente, o la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

En el desarrollo de ley, el papel de la enfermera es confuso, no está explícitamente desarrollado, sin embargo aparece como miembro de la Comisión de Garantías y Evaluación. Por otra parte los registros de objeción de conciencia recogen a la enfermera como personal directamente implicado en el proceso. Sin embargo, según Vieira-Galán (2021), la aprobación de esta ley obliga a una reflexión

que no debe quedar limitada solo al papel de la enfermera en la práctica de la eutanasia, sino que se justifica su participación en materia de planificación de políticas sanitarias, justificado por el valor social de la profesión, efectos en salud de las competencias enfermeras y por su formación profesional, humana y científica.

Bibliografía.

- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. (Boletín Oficial del Estado, número 72, de 25 de Marzo de 2021).
- Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León. (Boletín Oficial de Castilla y León, número 122, de 25 de Junio de 2021).
- Junta de Castilla y León. Sacyl. Profesionales. (22 de Enero de 2022). Derecho a la eutanasia, prestación de ayuda para morir. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia>
- Vieira-Galán O. (2021). Euthanasia, an opportunity to decide when. *Enfermería clínica (English Edition)*, 31(5), 263–265. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.08.002>



MARÍA DEL CARMEN GIL DE DIEGO.

Grado en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Enfermera AP en CS Agreda y miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Soria.

PRAXIS ENFERMERA EN EL PROCESO EUTANÁSICO.



El objeto de este artículo, es proporcionar una guía/resumen del papel que tenemos las enfermeras durante el proceso PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR incluyendo el derecho a la objeción de conciencia, así como aclarar dudas con respecto a la aplicación práctica. Reflexionar individualmente para poder aclarar los valores personales y las obligaciones profesionales. Ayudar a interpretar e interiorizar la ley y priorizar la necesidad de formación específica.

La LORE pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida

de la sociedad como es la eutanasia. Esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual, pero también una nueva prestación incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que como profesionales sanitarios tenemos obligación de cumplir y llevar a cabo. De Financiación pública en centros sanitarios públicos, privados, concertados o en el domicilio del paciente. Se garantizarán intimidad y confidencialidad, y no podrán participar profesionales con conflicto de intereses.

El Manual de Buenas Prácticas del Ministerio redacta recomendaciones que serán actualizadas periódicamente.

En el apartado 3 define las funciones de los profesionales sanitarios que participan en el procedimiento de ayuda para morir: el médico/a responsable, el médico/a consultor/a y el **equipo asistencial**.

Médico/a responsable El "médico/a responsable" es el facultativo que tiene a su cargo la coordinación de toda la información, del proceso deliberativo y de la asistencia sanitaria

del paciente desde el inicio hasta el final de la prestación de ayuda para morir. El médico/a responsable será el interlocutor principal del paciente sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

La ley establece un plazo máximo de dos días tras recibir la solicitud de ayuda a morir “un proceso deliberativo sobre el diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, información sobre cuidados paliativos asegurándose de que comprende la información que se le facilita”.

Sólo sería posible, en mi opinión, tras una relación larga en el tiempo y de confianza prolongada entre el profesional y el paciente, punto clave en Atención Primaria, junto con el deber de no abandono y la fidelidad del profesional al paciente. Las enfermeras desempeñamos un papel fundamental durante todo el proceso deliberativo y muchas veces somos las interlocutoras más cercanas con el paciente y la familia, y en no pocas ocasiones también somos la primera persona que recibe la petición de ayuda a morir.

Recomendaciones El paciente podrá elegir al médico/a responsable: podrá ser su médico/a de atención primaria o de atención hospitalaria siendo previsible que sea el médico/a habitual o de confianza del paciente. El médico/a responsable mantendrá una comunicación constante con el resto de **profesionales sanitarios** vinculados a la atención médica y de cuidados del paciente.

También las funciones del médico consultor que debe corroborar el cumplimiento de los requisitos, estudiar la historia clínica y tras examinar al paciente remitir un informe al médico responsable. El médico/a consultor/a no puede pertenecer al equipo del médico/a responsable, ni haber tenido vinculación asistencial previa con el paciente solicitante, salvo que en situaciones excepcionales este requisito no pueda cumplirse.

Define El “**equipo asistencial**” es el equipo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el

proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. Se entiende incluidos los profesionales de enfermería encargados del cuidado del paciente.

Son funciones del equipo asistencial: Realizar junto con el médico responsable la prestación de ayuda a morir con el máximo cuidado y profesionalidad. Asistir al paciente hasta el momento de la muerte en colaboración con el médico responsable. Recomendaciones Las administraciones sanitarias deberán organizar los equipos asistenciales para garantizar la prestación de ayuda para morir, identificando su composición y competencias. El “equipo asistencial” puede ser el equipo en el que está integrado el médico/a responsable. En los supuestos en que dicho equipo no pueda dar suficiente soporte se contará con otro equipo asistencial. El equipo asistencial será informado por el médico/a responsable del desarrollo del procedimiento, debiendo estar organizados y coordinados cuando se comunique que se autoriza la realización de la prestación.

El equipo asistencial deberá dar soporte en todo lo que necesite el médico/a responsable para la organización de la prestación de ayuda para morir, incluido: la planificación de los actos asistenciales vinculados a la modalidad elegida por el paciente (vía oral, vía intravenosa...) o la coordinación de las tareas de asistencia y observación hasta el fallecimiento del paciente. Las administraciones sanitarias competentes deberán garantizar la formación necesaria y continuada a los profesionales que participen en los equipos asistenciales.

En el apartado 4. Comisión de Garantía y Evaluación La Comisión de Garantía y Evaluación (CyGE) de cada comunidad autónoma y ciudad autónoma es el órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la LORE en su ámbito territorial. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre

los que se incluirán personal de medicina, de **enfermería** y juristas, pudiendo incluirse en la misma otros profesionales

En El apartado 5, realiza recomendaciones en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación una vez el paciente ha prestado su consentimiento informado o el médico/a responsable ha cumplimentado los trámites previos cuando certifique una situación de incapacidad de hecho.

Literalmente dice :”...todos los profesionales implicados (medicina, **enfermería**, farmacia...) deben examinar juntos y en detalle todo el proceso de la eutanasia. La realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. Durante la realización de la prestación de ayuda para morir, los **profesionales sanitarios del equipo asistencial** deben permanecer presentes en todo el proceso. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir se realice mediante la administración directa al paciente de la medicación (vía intravenosa), el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. En el supuesto de que la eutanasia se realice mediante la toma por parte del paciente de un medicamento (vía oral), el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir y entregar la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.

Modalidad 1. Vía IV directa.

Nos dan información detallada y recomendaciones sobre la vía IV, ventajas e inconvenientes, permeabilidad y acceso venoso, bomba elastomérica, port-a-cath, vía venosa central si no es posible disponer de un acceso venoso periférico, evitar riesgo de error en la medicación que podrían dar lugar a infradosis, velocidad de la administración de la medicación, siendo el objetivo principal garantizar el fallecimiento del paciente en el



menor tiempo posible, evitando sufrimiento innecesario. Dosis e indicaciones de premedicación, adjuvantes, inductores del coma y bloqueantes neuromusculares. Es medicación que habitualmente no se utiliza en AP.

Es recomendable que el **equipo asistencial**:

- Cuente con un profesional con experiencia en la inserción de vías iv.
- Disponga, de forma rutinaria, de un segundo kit completo de medicación iv en cada asistencia.
- Tenga un plan establecido en caso de que se pierda el acceso venoso una vez administrados los medicamentos y no se pueda obtener más acceso. Reacciones adversas o demora del fallecimiento

Para prevenir errores de medicación y facilitar la administración se podrían elaborar kits con los medicamentos a utilizar. Se suministrarán siempre

dos kits por paciente que deben estar identificados así como su trazabilidad, quien lo recoge y devuelve a farmacia (hospitalaria) si hubiera viales sobrantes.

A este respecto, el Anexo II contempla una guía sobre qué medicamentos deben suministrarse al paciente que solicita la prestación de ayuda para morir, su forma de administración y sus efectos.

Modalidad 2 de prestación de la ayuda para morir: prescripción o suministro

Esta modalidad de prestación consiste en la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que el paciente se la pueda auto administrar para causar su propia muerte tanto ingiriendo los fármacos como abriendo la llave de perfusión del medicamento inductor al coma iniciando el proceso Si se opta por la administración oral, el médico responsable debe tener en cuenta los siguientes

aspectos: capacidad de ingerir, náuseas, deshidratación, trastornos gastrointestinales, tratamiento con opioides.

El período de tiempo entre la administración del medicamento inductor del coma y el momento de la muerte varía de persona a persona, pero, en la gran mayoría de los casos, tarda menos de 30 minutos. Sin embargo, a veces puede llevar más tiempo (2-3 horas). Períodos prolongados como estos pueden dar lugar a situaciones difíciles por lo que es recomendable acordar un plazo máximo de 2 horas con el paciente y sus familiares.

Por último, el **apartado 6** recoge recomendaciones en relación al derecho fundamental del profesional sanitario a la objeción de conciencia, que deberá ser compatible con el derecho del paciente a la realización eficaz de la prestación.

Mediante el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia de los **profesionales sanitarios** directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir. La LORE recoge la definición de objeción de conciencia en el artículo 3 y en el artículo 16 establece que los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

En la página web Salud Castilla y León en el derecho a la eutanasia y derecho a morir está el enlace directo para tramitar la objeción, formularios para tramitación y preguntas y respuestas. https://www.ae.jcyl.es/dicitecwform/index.html?app=Sanidad&form=3142_7334_fmObjecion_Conciencia



**Disfruta de un renting completo y flexible
con tu seguro de coche.**



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar, con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | **900 82 20 82**
en: | **www.amaseguros.com**

Servicio prestado por ALD Automotive



A.M.A. SORIA Avda. Mariano Vicén, 31; 1ª planta Tel. 975 23 02 24 soria@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 975 23 02 24 / 913 43 47 00

Síguenos en

y en nuestra APP

