

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PRESTACION DE EUTANASIA

AUTORES

González Fernández-Conde María del Mar: Directora de enfermería de Atención Primaria de Salud

León Andaluz María Pía: enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

Limorti Martín María: residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Primaria de Salamanca.

Martínez García Pablo: residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Primaria de Salamanca.

Martín Sanz Irene: residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Primaria de Salamanca

GRUPO REVISOR:

Bravo Vicente Cristina: responsable de enfermería del Centro de Salud Periurbana Sur. Grupo de trabajo GAPSA de enfermería ante la eutanasia.

Conde García María José: enfermera de área de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Grupo de trabajo GAPSA de enfermería ante la eutanasia

Garzón Melón Cristina: enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de Ciudad Rodrigo. Grupo de trabajo GAPSA de enfermería ante la eutanasia.

González Báez M. Pilar: abogada especialista en derecho sanitario. Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud Garrido Sur.

Ribeiro Gonçalves Gabriel: enfermero de área de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Grupo de trabajo GAPSA de enfermería ante la eutanasia.

Alfageme Cuadrado M Soledad: asesoramiento grupo de apoyo LORE de la Gerencia Regional de Salud

Torbio Hernández Purificación: asesoramiento grupo de apoyo LORE de la Gerencia Regional de Salud

INDICE

1. Introducción
2. Objetivos de la intervención de enfermería en el contexto actual de la LORE
3. Circuito de la atención de enfermería de APS ante la LORE
4. Cuidados de enfermería e informe de cuidados
5. Bibliografía
6. Anexos:
 1. Modelo de informe enfermería emitido desde Medora
 2. Infografía con pasos a seguir para realizar este informe
 3. Infografía sobre documento de instrucciones previas para entregar

1. INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) 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, por lo tanto, afecta al trabajo de la enfermería de Atención Primaria.

Esta prestación está dirigida a aquellas personas que, frente a una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado en un contexto de fragilidad progresiva, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante con seguridad o gran posibilidad de que tales circunstancias vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, hayan manifestado de manera plenamente libre y autónoma, su voluntad de pedir ayuda para morir, siempre que cumplan los requisitos previstos en la LORE (Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia).

La ley no contempla, de forma clara, el trabajo de enfermería, dejando muchas dudas sobre su rol profesional en este proceso. Únicamente incluye a enfermería dentro del equipo asistencial¹(párrafo 2 del artículo 8), que según el Manual de buenas prácticas² en eutanasia emitido por el Ministerio de Sanidad es el que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda a morir, siendo sus funciones:

1. Realizar junto con el/la médico/a responsable la prestación de ayuda para morir con el máximo cuidado y profesionalidad.

2. Asistir al paciente hasta el momento de la muerte en colaboración con el/la médico/a responsable.

Estudios realizados en países con experiencias en la prestación de la eutanasia como Bélgica, Países Bajos y Canadá evidencian que **las enfermeras son un vínculo indispensable** entre la persona solicitante, su familia o allegados, el médico y el resto del equipo de salud, y constatan que participan de forma activa en todo el proceso de eutanasia por su vinculación con el paciente, desde la fase previa a la formulación de la petición hasta el cuidado de las familias después de la muerte de la persona solicitante. El cuidado enfermero, aunque no esté contemplado en las leyes, forma parte del proceso de atención a las personas que solicitan la eutanasia³, ya que en la mayoría de los casos, este cuidado enfermero era previo a la solicitud de la misma y continuará hasta el procedimiento de eutanasia si finalmente se produce.

En un contexto de eutanasia, cuidar es, sobre todo, establecer el vínculo relacional que garantice crear un entorno de bienestar suficiente para que la persona pueda expresar sus sentimientos y voluntades, sus miedos e incertidumbres, y pueda tomar la decisión de pedir ayuda para morir de acuerdo con sus propios valores e historia de vida, y mientras dura este proceso, pueda recibir la atención que precisa. Para ello, las enfermeras son profesionales clave, dada su orientación del cuidado centrado en la persona y familia, en su continuidad, su proximidad y, por supuesto, dado el conocimiento que han ido desarrollando en el cuidado paliativo sobre la satisfacción de las necesidades al final de la vida en el manejo del dolor, el bienestar en el día a día y el apoyo emocional a la persona y a su familia antes y después del procedimiento de eutanasia³.

La ética del cuidado enfermero en el proceso de eutanasia ha de ser considerada en su globalidad dado que la relación enfermera-familia-paciente no surge en ese momento concreto de la solicitud, sino que es fruto de una actuación continuada a lo largo del tiempo en la que se han mantenido cuidados, muchas veces paliativos, información sobre su proceso e incluso asesoramiento sobre los derechos que asisten a las personas que se encuentran inmersas en esas enfermedades graves e imposibilitantes que se indican en la Ley.

Independientemente de que un paciente se encuentre o no en una situación clínica de contexto eutanásico, el profesional de enfermería, al realizar la valoración enfermera y plan de cuidados habituales, debe poner especial interés en aquellos patrones funcionales cuya alteración pueda influir en las manifestaciones y/o en la percepción de sufrimiento físico o psíquico del paciente, debido a su enfermedad o padecimiento. Trabjará con el paciente y entorno familiar siguiendo la metodología enfermera con diagnósticos de riesgo y reales y planes de cuidados (riesgo de cansancio del rol del cuidador, riesgo de impotencia, trastorno de la imagen corporal, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, disposición para mejorar el bienestar espiritual, disposición para mejorar el afrontamiento familiar, disposición para mejorar la esperanza...).

2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA LORE

OBJETIVO PRINCIPAL: garantizar los cuidados enfermeros a toda persona (y familia) que se interese por la prestación de ayuda para morir por encontrarse en una situación de contexto eutanásico (que sufra un padecimiento grave, crónico e incapacitante para las actividades de la vida diaria que va a persistir en el tiempo y sin posibilidades de curación, o una enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado en un contexto de fragilidad progresiva, causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables), antes, durante y después del procedimiento de eutanasia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Crear el ambiente necesario para que toda persona que se encuentre en una situación de contexto eutanásico y manifieste el deseo de poner fin a su vida pueda recibir de manera adecuada toda la información necesaria sobre la LORE.
- Garantizar la creación de un entorno de bienestar suficiente para que la persona que recibe la información pueda expresar sus sentimientos, miedos, incertidumbres y pueda tomar la decisión de pedir ayuda para morir de acuerdo a sus propios valores e historia de vida.
- Facilitar al paciente la firma de la solicitud en presencia del profesional de enfermería, firmar en el apartado correspondiente como profesional sanitario y recoger la solicitud para entregarla al facultativo de referencia (si el paciente quiere que sea el profesional de enfermería quien reciba esta solicitud).
- Realizar una valoración y plan de cuidados específico para el paciente que solicita la LORE y para su familia (teniendo en cuenta si la persona que solicita la eutanasia decide comunicárselo a su familia o no y el momento).
- Realizar los cuidados de enfermería adecuados durante la realización de la prestación de ayuda para morir al paciente y familia.
- Realizar una atención al duelo familiar tras el procedimiento de eutanasia.

Si el profesional de enfermería de referencia del paciente no desea participar en el proceso de la prestación de eutanasia debido a razones de conciencia, deberá inscribirse, si no se hubiera inscrito con anterioridad en el Registro de Objetores de Conciencia para la prestación de ayuda para morir de Castilla y León (R.O.C.).

3. CIRCUITOS DE ENFERMERÍA DE ATENCION PRIMARIA ANTE LA LORE

CIRCUITO 1: PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE REFERENCIA DE PERSONA EN SITUACIÓN DE CONTEXTO EUTANÁSICO



Padecimiento grave, crónico e imposibilitante

Enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado

Causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables

Mayor de edad

Plenamente capaz

Libre para decidir

REALIZAR VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES Y PLAN DE CUIDADOS (REGISTRO EN MÓDULO CUAP): INCLUYENDO

- Explorar si existe sufrimiento y causa del mismo
- Revisar su plan terapéutico y adherencia al mismo
- Indagar si existen necesidades de apoyo social o familiar no satisfechas que influyan en el sentimiento de sufrimiento (soledad, sensación de abandono, carga familiar y social).
- Explorar los valores y preferencias del paciente ante las distintas alternativas terapéuticas que haya ofrecido el profesional de medicina.
- Aconsejar la formalización de un documento de instrucciones previas aportando la información necesaria.



PACIENTE EXPRESA su decisión de pedir ayuda para morir



ENFERMERÍA INFORMA SOBRE LA LORE, aclarando todas las dudas e indicando donde puede consultar toda la información

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia/preguntas-respuestas-frecuentes-eutanasia>

- **INFORMAR QUE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR TIENE QUE HACERSE POR ESCRITO**, debiendo estar el documento fechado y firmado por la persona solicitante, en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará.

SI FUERA FIRMADO EN PRESENCIA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, éste lo entregará al MÉDICO DE REFERENCIA.

- **REALIZAR INFORME DE ENFERMERIA CON PLAN DE CUIDADOS Y ADJUNTAR COMO DOCUMENTO** (se adjunta ejemplo de informe en ANEXO)



SI EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE REFERENCIA no desea participar en el proceso de esta prestación debido a razones de conciencia **informará a la persona solicitante que es objetor/a**. Realizará seguimiento de PLAN DE CUIDADOS



1. **INFORMARÁ AL RESPONSABLE DE ENFERMERÍA DEL EAP** que consultará al resto de profesionales del equipo sobre su posición.
2. **INFORMARÁ AL MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN**
3. **EL MÉDICO RESPONSABLE INFORMARÁ AL COORDINADOR**



SI EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE REFERENCIA NO ES OBJETOR.

Cuando el médico responsable del procedimiento informe de que éste sigue adelante, realizará una nueva valoración del plan de cuidados.

Incluirá en el plan de cuidados todos los elementos necesarios para la aplicación del procedimiento según la modalidad de prestación (correcta administración de la medicación).

COMUNICACIÓN AL GRUPO DE ENFERMERÍA DE EUTANASIA/COMISIÓN DE APOYO A LA LORE DE GERENCIA PARA VALORAR LA INCLUSIÓN DE OTRO PROFESIONAL DE ENFERMERIA NO OBJETOR EN EL EQUIPO ASISTENCIAL.

Será el **profesional de enfermería** que finalmente forme parte **del equipo asistencial** del procedimiento el que **realizará la revisión del PLAN DE CUIDADOS INICIAL** incluido en la historia del paciente, incluyendo una nueva valoración que aporte todos los elementos para la realización de las intervenciones enfermeras que sean necesarias según la modalidad del procedimiento.

Se puede proponer la visita domiciliaria conjunta del profesional de enfermería de referencia y del que va a formar parte del equipo asistencial para favorecer la continuidad de cuidados y el conocimiento de la persona solicitante y su contexto.

CIRCUITO 2: PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE REFERENCIA DE PERSONA QUE NO SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE CONTEXTO EUTANÁSICO CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.



REALIZAR REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS (REGISTRO EN MÓDULO CUAP):

INCLUYENDO

- Explorar si existe sufrimiento y causa del mismo: seguir las pautas del apartado de valoración
- Revisar adherencia al plan terapéutico
- Indagar si existen necesidades de apoyo social o familiar no satisfechas que influyan en el sentimiento de sufrimiento (soledad, sensación de abandono, carga familiar y social).
- Revisión del Plan de Cuidados del cuidador/a



DERIVAR TRABAJO SOCIAL:

Aumentar apoyo social, familiar
Apoyo cuidador/a principal
Facilitar actividades ocio



DERIVAR MEDICINA:

Revisión plan terapéutico y valorar alternativas



ACONSEJAR LA FORMALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS aportando la información necesaria.

Se aporta infografía como material;
ANEXO

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA E INFORME DE CUIDADOS

Se propone la **realización de una valoración y plan de cuidados** reflejado en un informe de enfermería, emitido desde MEDORA **en la visita/consulta** cuando la persona expresa su intención de solicitar la eutanasia (realizado por la enfermera de referencia) **y una revisión del plan de cuidados** del profesional de enfermería que participe en la prestación cuando el médico responsable comunique que el procedimiento sigue adelante.

El profesional de enfermería que forme parte del equipo asistencial, realizará un segundo informe, que incluirá la valoración necesaria para que se lleve a cabo el procedimiento en la modalidad que haya elegido la persona.

Es importante que el personal que forme parte de este equipo sea formado previamente en el manejo del contexto psicológico del procedimiento y en el manejo de la medicación que se va a utilizar en el procedimiento de eutanasia, oral o parenteral dependiendo de la modalidad elegida. La Unidad de Farmacia del hospital preparará todos los Kits de medicación.

Si la persona elige la modalidad de administración directa, se recomienda utilizar 2 catéteres intravenosos de un calibre 18G-20G, evitando vías de calibre 24 y agujas de mariposa (para disminuir el dolor con la inyección de propofol o tiopental). En el informe de cuidados de enfermería quedará reflejado si es posible disponer de un acceso periférico adecuado. Si no es así habría que derivar para la colocación de una vía central en el tiempo adecuado para asegurar poder utilizarla el día de la realización del procedimiento.

El informe se realizará según la metodología enfermera, con la información registrada en el módulo CUAP de MEDORA.

VALORACIÓN ENFERMERA EN EL CONTEXTO EUTANÁSICO

El profesional de enfermería tiene que facilitar la expresión de sentimientos, conocer la actitud del paciente ante la enfermedad, sus conocimientos y comportamientos, su grado de autonomía para el autocuidado.

Es importante que en la valoración enfermera se recoja de forma clara las quejas existenciales, el padecimiento referido por la persona en su vida diaria y en el afrontamiento de sus limitaciones, cómo vive su enfermedad, cómo está repercutiendo en su vida, su sufrimiento...siendo necesario incluirlas manifestaciones del paciente mediante citas textuales. La relación enfermera-familia-paciente fruto de una actuación continuada a lo largo del tiempo en la que se han mantenido cuidados previos facilita la realización de esta valoración.

La escucha activa será la intervención enfermera central en el proceso de valoración. Hay que explorar los motivos que originan su petición y su sufrimiento, y realizar las

actuaciones necesarias para aliviar su malestar o ayudarle a aceptar sus limitaciones facilitándole el acceso a las medidas de apoyo que pueda necesitar ⁵.

[4920] **Escucha activa:** hacer preguntas que animen a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. Estar atentos a las palabras que se evitan y mensajes no verbales.

Los sentimientos y conductas que puede expresar el paciente son: pérdida de motivación para vivir, desesperación, soledad, humillación, sensación de abandono, sentimiento de carga familiar y social, dolor, malestar, agresividad⁵... Estos sentimientos se reflejarán en el informe de cuidados.

Puntos importantes en el proceso de valoración⁵:

Debemos centrarnos en si la causa de su sufrimiento pudiera estar relacionado con aspectos de su autocuidado y circunstancias:

- Sus valores y preferencias respecto a su plan terapéutico, que pudieran estar influyendo en su adherencia y seguimiento de tratamientos.
- Indagar si existen necesidades de apoyo familiar o social no satisfechas, que influyan en el sufrimiento (soledad, sensación de abandono, carga familiar o social). Es importante explorar la dinámica entre el paciente y su entorno (cuidador y familia), dado que su sufrimiento puede estar influido por la actitud y conducta de sus cuidadores (sobrecarga del cuidador, conspiración del silencio, claudicación familiar...).
- Valorar la derivación a Trabajo Social si se detectan deficiencias en la disponibilidad de recursos de ayuda a la dependencia. En el procedimiento de solicitud de Eutanasia es necesario siempre la derivación al Trabajador Social.
- Ante la posibilidad de un agravamiento que conlleve la pérdida de la capacidad del paciente para tomar decisiones, aconsejar la formalización de un documento de instrucciones previas o su revisión o actualización si se hubiera hecho con anterioridad. Es importante dar una información rigurosa y aclarar todas las dudas sobre este documento.
- Es importante conocer las posibilidades terapéuticas planteadas a nivel médico para trabajar de manera coordinada en la información a transmitir.
- Enfermería tiene que prestar una atención integral a la persona cuidadora, realizando una valoración y plan de cuidados específico, identificando si hay sobrecarga y actuando ante ella.

Aspectos fundamentales en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon en un contexto eutanásico y el impacto de la alteración de estos patrones en las emociones y actitud del paciente. Es necesario especificar los aspectos relevantes de la valoración incluidas las **expresiones del paciente sobre sus sentimientos y actitud ante cada alteración.**

<p>PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD</p> <p>Contexto clínico del paciente (Diagnóstico principal, tiempo de evolución...), valorar actitud y emociones ante la enfermedad, adherencia al tratamiento, que consideración tiene sobre su salud y su cuidado, valorar higiene personal y de la vivienda (entorno)...</p>	1
<p>NUTRICIONAL-METABÓLICO</p> <p>Valorar desequilibrio nutricional, pérdida de peso significativa, problemas bucales, dificultades para masticar o tragar, sondas de alimentación y valoración de cuidados de las mismas, inapetencia...Lesiones en piel o mucosas.</p>	2
<p>ELIMINACIÓN</p> <p>Valorar problemas de estreñimiento, diarrea, incontinencia, sistemas de ayuda, disuria, nicturia...</p>	3
<p>ACTIVIDAD-EJERCICIO</p> <p>Valorar tolerancia a la actividad, autonomía en las actividades básicas de la vida cotidiana, utilización del ocio...</p> <p>✓ <i>Escala de Barthel*</i></p>	4
<p>REPOSO-SUEÑO</p> <p>Valorar si hay dificultades o no para conciliar el sueño, si hay conducta irritable relacionada con el cansancio o la falta de sueño...</p>	5
<p>COGNITIVO-PERCEPTUAL</p> <p>Valorar si tiene conciencia de su realidad, presencia de dolor, problemas de memoria, depresión, conductas de agitación, intranquilidad, si está consciente y orientado /a si es capaz de tomar decisiones...</p> <p>✓ <i>Mini examen cognoscitivo, Test de Pfeiffer*</i></p>	6
<p>AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</p> <p>Valorar estado de ánimo, si hay problemas conductuales, ansiedad, si verbaliza expresiones de desesperanza, de inutilidad, de culpabilidad... Si tiene problemas con su imagen corporal, si se siente rechazado por otros, percepción del dolor...</p>	7
<p>ROL-RELACIONES</p> <p>Valorar si presenta problemas en las relaciones familiares, laborales, sociales, si tiene personas de referencia o carencias afectivas, si se siente sol/a, relación con el cuidador-principal, si tiene violencia a su alrededor (de pareja, familiar...), prestar especial atención a la relación con el cuidador/a principal.</p> <p>✓ <i>Escala de Zarit*</i></p>	8
<p>SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</p> <p>Valorar si tiene alguna preocupación relacionada con su sexualidad...</p>	9
<p>AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Valorar si está tenso/a o relajado/a la mayor parte del tiempo, si le cuenta sus problemas a alguien cercano, si cree que dispone de herramientas para afrontar el estrés, si recurre al uso de drogas, alcohol o medicamentos para superar sus problemas...</p>	10
<p>VALORES-CREENCIAS</p> <p>Valorar preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte y el dolor, si posee planes de futuro, si está satisfecho/a con su vida, valorar aspectos religiosos, sus creencias, si siente algún conflicto con el sentido de su vida y sus creencias.</p>	11

* Estas escalas podrán ser una herramienta útil y complementaria durante el procedimiento de valoración enfermera.

Incluimos aquí, a modo de sugerencia, diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería que el grupo de trabajo ha seleccionado como importantes en el contexto eutanásico⁶:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- [00066] Sufrimiento espiritual
- [00069] Afrontamiento ineficaz
- [00083] Conflicto de decisiones
- [00133] Dolor crónico
- [00119] Baja autoestima crónica
- [00120] Baja autoestima situacional
- [00124] Desesperanza
- [00147] Ansiedad ante la muerte
- [00148] Temor
- [00175] Sufrimiento moral
- [00214] Disconfort
- [00251] Control emocional inestable
- [00126] Conocimientos deficientes (RC prestación de ayuda a morir)

RESULTADOS NOC

- [0906] Toma de decisiones
- [1201] Esperanza
- [1211] Nivel de ansiedad
- [1300] Aceptación: estado de salud
- [1302] Afrontamiento de problemas
- [1304] Resolución de la aflicción
- [1307] Muerte digna
- [1402] Autocontrol de la ansiedad
- [1504] Soporte social
- [1614] Autonomía personal
- [2002] Bienestar personal
- [2007] Muerte confortable
- [3008] Satisfacción del paciente: protección de sus derechos
- [3009] Satisfacción del paciente: cuidado psicológico
- [3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza
- [0125] Impotencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC

- [4920] Escucha activa
- [1850] Mejorar el sueño
- [5420] Apoyo espiritual
- [5426] Facilitar el crecimiento espiritual
- [5250] Apoyo en la toma de decisiones

- [5230] Mejorar el afrontamiento
- [5400] Potenciación de la autoestima
- [5330] Control del estado de ánimo
- [5310] Dar esperanza
- [5820] Disminución de la ansiedad
- [7460] Protección de los derechos del paciente
- [5020] Mediación de conflictos
- [6482] Manejo ambiental: confort
- [7140] Apoyo a la familia
- [5240] Asesoramiento
- [5515] Mejorar el acceso a la información sanitaria
- [5606] Enseñanza: individual

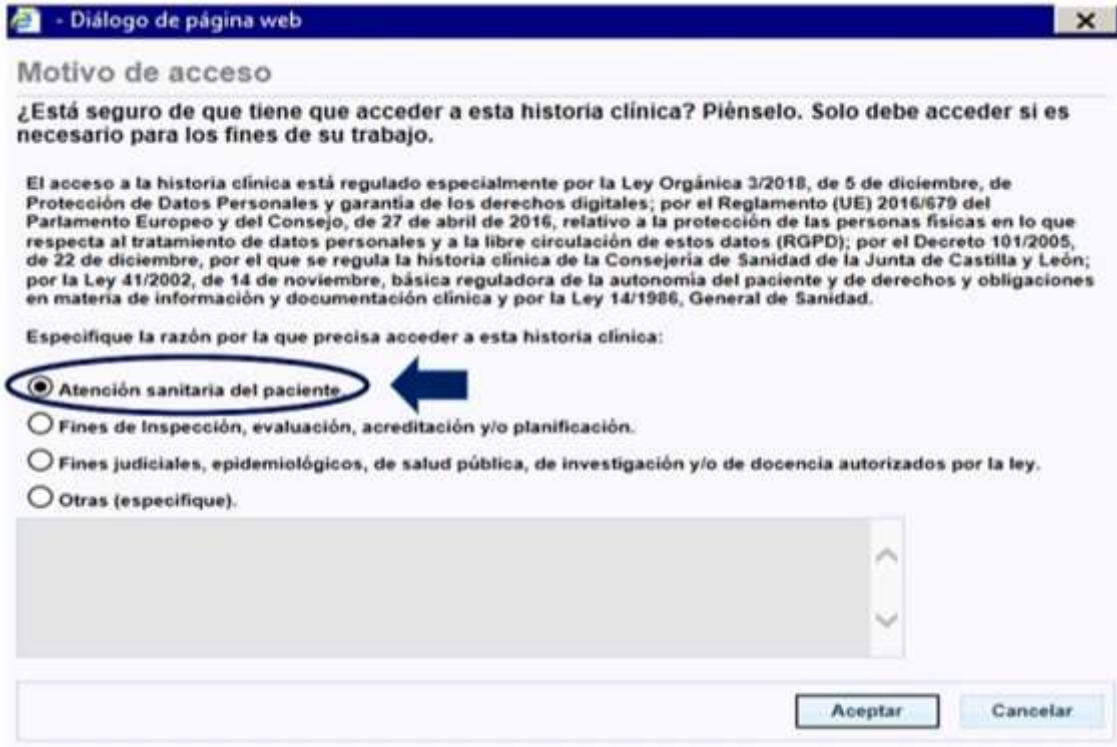
BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf>
2. Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
3. Busquets-Surribas M. La relevancia ética del cuidado enfermero en la eutanasia y el suicidio asistido. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-relevancia-etica-del-cuidado-S1130862121001455>
4. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Segunda versión: 10 diciembre de 2021. Derecho a la eutanasia. Guía del proceso general y plazos para la prestación de ayuda para morir. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia>
5. Toribio Hernández Purificación. Intervenciones de enfermería en la prestación de eutanasia. Material docente. 15/02/2022.
6. NNN CONSULT. Definiciones y clasificación 2021-2023 de NANDA International. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>

ANEXO 1. PROPUESTA DE INFORME DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EMITIDO DESDE MEDORA.

Realizado con pacientes ficticios

El primer paso será acceder a la historia clínica del paciente, si el profesional de enfermería no es el de referencia, será suficiente con seleccionar como motivo de acceso: *Atención sanitaria del paciente*.



- Diálogo de página web

Motivo de acceso

¿Está seguro de que tiene que acceder a esta historia clínica? Piénselo. Solo debe acceder si es necesario para los fines de su trabajo.

El acceso a la historia clínica está regulado especialmente por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD); por el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; por 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 y por la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Especifique la razón por la que precisa acceder a esta historia clínica:

- Atención sanitaria del paciente
- Fines de Inspección, evaluación, acreditación y/o planificación.
- Fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación y/o de docencia autorizados por la ley.
- Otras (especifique).

Acceptar Cancelar

INFORME INICIAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EMITIDO DESDE
MEDORA(paciente ficticio)



Fecha de creación del documento: 18/03/2022
Información del Paciente del día 18/03/2022

Datos Generales Centro de Salud: C.S. ALBA DE TORMES Gerencia: GAP Salamanca Consultorio: C.S. ALBA DE TORMES Dirección del Centro de Salud: C/ Corrales De La Dehesa S/N Teléfono de citas: 923300642 Teléfono de citas 2: FAX: e-mail: buzsan.cs01.gapsa@saludcastillayleon.es	AMILIVIA ZAPATERO, ENRIQUE LUIS LANCIA 11 5 24004 LEON LEON CIP: MLZP400730917019 CIPA: CYL1234568820999
--	---

Informe

PROFESIONALES DE REFERENCIA

Médico de Familia/Pediatra
CASTRILLO MARTINEZ, ENRIQUE - 1703010106S

Enfermero
Nombre y Apellidos: DIEZ GARCIA, BLANCA Mª con el CIAS: 1703010606D

CONSTANTES

Peso
23/02/2022 14:30:00 : 82 kg.

Talla
23/02/2022 14:30:00 : 180 cm.

Presion arterial sistolica
23/02/2022 14:30:00 : 128 mm hg.

Presion arterial diastolica
23/02/2022 14:30:00 : 75 mm hg.

Frecuencia cardiaca
23/02/2022 14:30:00 : 70 ppm.

Saturacion capilar de oxigeno
23/02/2022 14:30:00 : 94 %, que es menor del valor de referencia (95 %).

TEST

Resultado del índice de Barthel
11/03/202225: Dependiente grave.
LAVADO (BAÑO) Dependiente.
VESTIDO Dependiente.
ASEO PERSONAL Dependiente.
USO DEL RETRETE Dependiente.
USO DE ESCALERAS Dependiente.
TRASLADO SILLON-CAMA Minima ayuda.
DEAMBULACIÓN Independiente en silla de ruedas.
MICCIÓN Incontinente.
DEPOSICIÓN Incontinente ocasional.
ALIMENTACIÓN Ayuda.



PROCESOS CLÍNICOS

Generales

Activos

18/03/2022 DEFICIT DE CONOCIMIENTOS
11/03/2022 PORTADOR DE SONDA DE GASTROSTOMIA
23/02/2022 ULCERA EN SACRO
23/02/2022 SONDA VESICAL PERMANENTE
23/02/2022 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
23/02/2022 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
23/02/2022 CONFLICTO DE DECISIONES
23/02/2022 DESESPERANZA
23/02/2022 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSO

Medicamentos y Posología activos

Listado de Medicamentos Activos

CUIDADOS

CUIDADOS ACTIVOS

-Diagnóstico: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
Intervención enfermería: Escucha activa
-Diagnóstico: CONFLICTO DE DECISIONES
Intervención enfermería: Asesoramiento
-Diagnóstico: RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
Intervención enfermería: Apoyo emocional
-Diagnóstico: DEFICIT DE CONOCIMIENTOS
Intervención enfermería: Asesoramiento

Información Clínica Adicional

VALORACIÓN ENFERMERA POR PATRONES FUNCIONALES

1. PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Persona con ELA desde hace 15 años que desde hace 3 años presenta una inmovilidad total, habla y respira con mucha dificultad. Su cuidadora principal es su mujer.

Se siente derrotado por la enfermedad y "muy muy cansado", desde el principio conocía que era progresiva e incurable, y le cuesta mucho asumir su dependencia total. La familia y el paciente han sido adherentes a todos los tratamientos propuestos, habiendo sido tratado por logopedas, fisioterapeutas, además de neurología pero comenta que sabe que no pueden hacer más por él.

Está bien cuidado y apoyado por su familia, pero cree que es una carga para ellos. La higiene personal y la de la vivienda son muy buenas. Tiene una habitación para él solo con todas las medidas de adaptación que necesita

2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

Desde hace 2 años cuenta con sonda PEG por pérdida de 15 Kg en 3 meses por disfagia. Su mujer realiza de manera adecuada los cuidados referentes a la PEG. Refiere sequedad de boca constante que le ocasiona disconfort. Boca bien cuidada. "Le encantaba comer", ahora le da igual la comida.

Presenta úlcera por presión (UPP) en sacro de 1 por 3 cm ya en tratamiento, con una buena evolución según pauta de cura registrada en su historia clínica. "Mi mujer me cuida muy bien, pero a pesar de todo tengo la úlcera, me ocasiona dolor y mucha incomodidad".



3. ELIMINACIÓN

Estreñimiento e incontinencia urinaria, adherente a tratamiento con Movicol y portador de sondaje vesical. "Ahora vivo con dos sondas, la de la alimentación y la vesical, no reconozco mi cuerpo" nos comenta.

4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Dependiente total para las ABVD tal y como refleja el resultado del test de Barthel realizado adjunto en el documento. Además, refiere "estar todo el día cansado". Un fisioterapeuta acude 3 veces a la semana para tratamiento muscular pasivo, y su familia realiza el resto de los días el tratamiento indicado por el fisioterapeuta. No realiza de manera autónoma ningún movimiento desde hace 6 meses.

Como actividades de ocio, cuando hace buen tiempo sale a la calle en la silla de ruedas y ve la televisión, su cansancio constante le impide hacer más cosas.

5. REPOSO-SUEÑO

A pesar del cansancio constante le cuesta mucho conciliar el sueño, y presenta somnolencia diurna.

6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

Consciente y orientado, capaz de tomar decisiones y aunque presenta mucha dificultad para comunicarse de manera verbal (habla muy lentamente) pero es capaz de comunicarse.

En general, no tiene dolor, solo ahora por la úlcera en sacro.

Conoce la LORE y nos pide información sobre la misma. Lo ha hablado con su mujer. Damos toda la información y remitimos a la página de SACYL donde pueden descargarse todos los documentos.

7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Refiere "estar muy decaído, no poder más con la situación", sabe que no va a mejorar, no hay más tratamientos.

Manifiesta sentimientos de culpabilidad al "ser una carga para su familia, especialmente para su mujer, que está muy cansada también, me siento muy bien cuidado y querido, pero es una carga excesiva para ella"

Verbaliza expresiones de desesperanza: "Para mí la vida ha acabado, estoy esperando a morir solamente, observo todo y no soy capaz de hacer nada, mi comunicación es difícil, me cuesta tanto hablar, me siento inútil y una carga para toda mi familia".

8. ROL-RELACIONES

Se siente muy apoyado por su familia, aunque reconoce que toda la carga de la enfermedad se la lleva su mujer. Sus hijos le visitan muy a menudo y están pendientes de él y de su mujer. Tiene 2 nietos pero no le gusta que le vean así, son muy pequeños y van a tener solo ese recuerdo.

Toda su familia sabe que quiere informarse sobre la prestación de ayuda a morir, pero le cuesta hablarlo con ellos. NO sabe cómo puede afectar a su familia el tomar esta decisión, no desea que se sientan culpables ni responsables de su decisión.

9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Su pareja es muy cariñosa y con la dificultad que tiene para hablar y moverse, se relacionan con muchas caricias corporales.

10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Vive tenso todo el día, a disgusto. Como le cuesta tanto hablar, no puede expresar lo que siente y lo que vive. Además no quiere preocupar más a su mujer.

11. VALORES Y CREENCIAS

Nos dice que "su vida diaria es difícil y muy dura" Es creyente, pero no practicante. Con la prestación de ayuda a morir, ha pensado mucho en la vida futura y lo religioso, pero no cree que "Dios le castigue por dar ese paso". Su vida ya no tiene sentido y tanto sufrimiento no merece la pena, por él y por su familia.

Don/Doña: MARIA PIA LEON
Categoría: ENFERMERIA EAP

Fecha:
Firma:

Este es un informe clínico emitido con fines sanitarios y/o socio-sanitarios que contiene datos estrictamente confidenciales. Usarlo para cualquier otro propósito o divulgar su contenido constituye una infracción muy grave de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Si usted no es el destinatario del mismo debe devolverlo a su titular o a cualquier centro de SACYL.

INFORME DÍAS PREVIOS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EMITIDO DESDE MEDORA



Fecha de creación del documento: 11/03/2022
Información del Paciente entre los días 03/01/2022 y 11/03/2022

Datos Generales	
Centro de Salud: C.S. ALBA DE TORMES	AMILIVIA ZAPATERO, ENRIQUE LUIS
Gerencia: GAP Salamanca	
Consultorio: C.S. ALBA DE TORMES	
Dirección del Centro de Salud:	LANCIA 11 5
C/ Corrales De La Dehesa S/N	
Teléfono de citas: 923300642	24004 LEON
Teléfono de citas 2:	LEON
FAX:	CIP: MLZP400730917019
e-mail: buzsan.es01.gapsa@saludcastillayleon.es	CIPA: CYL.1234568820999

Informe

PROFESIONALES DE REFERENCIA

Médico de Familia/Pediatra

CASTRILLO MARTINEZ, ENRIQUE - 1703010106S

Enfermero

Nombre y Apellidos: DIEZ GARCIA, BLANCA Mª con el CIAS: 1703010606D

CONSTANTES

Peso

23/02/2022 14:30:00 : 82 kg.

Talla

23/02/2022 14:30:00 : 180 cm.

Presión arterial sistólica

23/02/2022 14:30:00 : 128 mm hg.

Presión arterial diastólica

23/02/2022 14:30:00 : 75 mm hg.

Frecuencia cardíaca

23/02/2022 14:30:00 : 70 ppm.

Saturación capilar de oxígeno

23/02/2022 14:30:00 : 94 %, que es menor del valor de referencia (95 %).

TEST

Resultado del Índice de Barthel

11/03/202225: Dependiente grave.
LAVADO (BAÑO) Dependiente.
VESTIDO Dependiente.
ASEO PERSONAL Dependiente.
USO DEL RETRETE Dependiente.
USO DE ESCALERAS Dependiente.
TRASLADO SILLON-CAMA Mínima ayuda.
DEAMBULACIÓN Independiente en silla de ruedas.
MICCIÓN Incontinente.
DEPOSICIÓN Incontinente ocasional.
ALIMENTACIÓN Ayuda.



PROCESOS CLÍNICOS

Generales

Activos

18/03/2022 DEFICIT DE CONOCIMIENTOS
11/03/2022 PORTADOR DE SONDA DE GASTROSTOMIA
23/02/2022 ULCERA EN SACRO
23/02/2022 SONDA VESICAL PERMANENTE
23/02/2022 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
23/02/2022 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
23/02/2022 CONFLICTO DE DECISIONES
23/02/2022 DESESPERANZA
23/02/2022 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
23/02/2022 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSO

Medicamentos y Posología activos

Listado de Medicamentos Activos

CUIDADOS

CUIDADOS ACTIVOS

-Diagnóstico: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
Intervención enfermería: Escucha activa
-Diagnóstico: CONFLICTO DE DECISIONES
Intervención enfermería: Asesoramiento
-Diagnóstico: RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
Intervención enfermería: Anovo emocional
-Diagnóstico: DEFICIT DE CONOCIMIENTOS
Intervención enfermería: Asesoramiento

Información Clínica Adicional

Informo al paciente, tras su petición, de cómo será su procedimiento y de la medicación que se le administrará, siendo la modalidad directa la elegida por él.

En la exploración del paciente para valorar accesos venosos presenta edemas generalizados y por tanto, posible dificultad para canalización de 2 accesos adecuados. Solicito canalización de vía venosa central para aplicación de la medicación el día del procedimiento.

Tras esta valoración el paciente y la familia no refieren más dudas, aun así facilito teléfono de contacto por si surgiera alguna o si se precisara nueva visita domiciliaria.

Don/Doña: MARIA PIA LEON
Categoría: ENFERMERIA EAP

Fecha:
Firma:

Este es un informe clínico emitido con fines sanitarios y/o socio-sanitarios que contiene datos estrictamente confidenciales. Usarlo para cualquier otro propósito o divulgar su contenido constituye una infracción muy grave de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Si usted no es el destinatario del mismo debe devolverlo a su titular o a cualquier centro de SACYL.

ANEXO 2. PASOS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE ENFERMERÍA EMITIDO DESDE MEDORA

CÓMO REALIZAR EL INFORME DE VALORACIÓN ENFERMERA

PREVIAMENTE REALIZAR Y CUMPLIMENTAR EN EL APARTADO CORRESPONDIENTE

- Anamnesis
- Exploración
- Plan de Cuidados

1

2

3 **Seleccionaremos: Predefinido- Informe Clínico**

4 **A continuación, seleccionamos el profesional de enfermería como profesional de referencia e iremos seleccionando aquellos datos que queremos que aparezcan en el informe ****

Selección los Check con la información que des es legítima

- DATOS PERSONALES Y ADMINISTRATIVOS DEL PACIENTE
 - Fichero y Pasaporte registrado
 - Persona de referencia
- CENTRO DE SERVICIOS
 - Municipio del C. S.
 - Datos Administrativos
 - Consultorio
- FECHA DEL DOCUMENTO
 - Fecha Rx
- PROFESIONALES DE REFERENCIA
 - Médico de Familia/Fisioterapeuta
 - Enfermero
 - Biomédico
 - Fisioterapeuta
 - Dietista/Nutricionista
 - Trabajador Social
- ANTECEDENTES
 - A. Familiares
 - A. Psicológicos
- TRASTORNOS Y CONDICIONANTES
 - Algunos trastornos
- EXAMENES
 - Resultado de la Anamnesis
- EXPLORACIÓN
 - Resultado de la Exploración
- CONSTATES
 - RESULT
- PROCESOS DIAGNÓSTICOS
 - SÍNDROMES CLÍNICOS
- MOTIVOS DE CONSULTA
 - Motivos clínicos de consulta
- PROCESOS CLÍNICOS
 - Síndromes
 - Problemas
- ESTADO INICIAL DEL PACIENTE
 - Resultado
 - Necesidades
- TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS
 - Medicamentos y Psicofármacos
 - Medicamentos y Psicofármacos
 - Uso de Medicamentos Activos
- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
 - Estado de salud
 - Procedimientos diagnósticos
 - Canguilones
 - Diagnóstico de laboratorio
- CUADROS
 - Intervenciones y actividades activas
 - Intervenciones y actividades pasivas
 - Estado
- SERVICIOS SOCIALES
 - Intervenciones y actividades activas
 - Intervenciones y actividades pasivas
 - INCAPACIDAD TEMPORAL
 - Estado
- SERVICIOS SOCIALES
 - Problemas de salud (actual o que prevé)
 - Cuidados
 - Intervenciones
- ATENCIÓN CONTINUADA
 - Información clínica
 - Actos (Marcar lo que prevalece)
- DATOS SOCIOFAMILIARES
 - Datos Personales
 - Datos Económicos
 - Vivienda
 - Estado del personal
 - Intervenciones Sociales
- TIPO
 - Personal Responsable
 - FICHA
 - INFORMACIÓN

** Las intervenciones y actividades (realizadas) solo aparecerán en el informe si están asociadas a un proceso clínico, por lo que habrá que crear los Diagnósticos de enfermería como proceso clínico anteriormente.

5

INFORMACION CLINICA ADICIONAL
(texto libre)


Muy importante reflejar en este apartado la VALORACIÓN realizada por PATRONES FUNCIONALES de M.Gordon.

Especial énfasis en mencionar los aspectos que causan malestar/sufrimiento al paciente (tal y como él los expresa), los cuales le llevan a solicitar la LORE.

Autores: María Limoré Martín, María Pía León Andaluz.
Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

ANEXO 3. DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS



¿Qué es?

Es un documento que recoge los **deseos expresados, de forma anticipada**, por una persona **sobre los cuidados y tratamientos** de salud que desea recibir, o no, 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**. Asimismo, en dicho documento puede expresar su voluntad sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado su fallecimiento.

¿Quién puede realizarlo?


- Persona mayor de 18 años
- Capaz
- Que actúe libremente

¿Cómo se formaliza?


- **Ante notario**, sin necesidad de testigos.
- **Ante tres testigos**, Que no tengan con el otorgante relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad (padres, abuelos/as, nietos/as), ni por afinidad (suegros/as o sus cuñados/as), ni estén vinculados con él por relación patrimonial u otro vínculo obligacional. Deben ser mayores de edad (tener 18 años cumplidos) y tener capacidad de obrar y, además, deben asegurarse de que el otorgante conoce el contenido del documento y es consciente de su alcance.
- **Ante el personal al servicio de la Administración**. Solicitando cita previa llamando al 923291000 y marcando una de estas extensiones: 57279/ 57280/ 57208.

¿Qué debe contener?


- 1**
Datos de identificación del otorgante y, en su caso, de los testigos



- 2**
La declaración de instrucciones previas (es libre pero deberá contener)



- 3**
Otros datos
 - Lugar y fecha
 - Firma del otorgante y/o testigos



- **Instrucciones sobre los cuidados/ tratamiento de la salud y las situaciones sanitarias a las que se refieren dichas instrucciones** (Por ejemplo, que se aplique, o no, todo lo necesario para prolongar la vida cuando se dé una situación de daño cerebral irreversible)
- **El destino del cuerpo/ órganos una vez llegado el fallecimiento.** (Donación, uso con fines de investigación o cómo se desea que sean las exequias)

Además, es conveniente que contenga también:

- Los **objetivos vitales y valores** personales del otorgante (creencias...)
- La **designación de uno o más representantes** (interlocutores con el personal sanitario para que ayuden a interpretar la voluntad del otorgante expresada en el documento)


Modelo orientativo en www.saludcastillayleon.es

¿Puedo solicitar que se aplique la eutanasia?

SI Puede consultar información adicional y detallada sobre la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en el Portal de Salud de Castilla y León: www.saludcastillayleon.es/es/derechos-deberes/derechos-pacientes/derecho-prestaciones-sanitarias



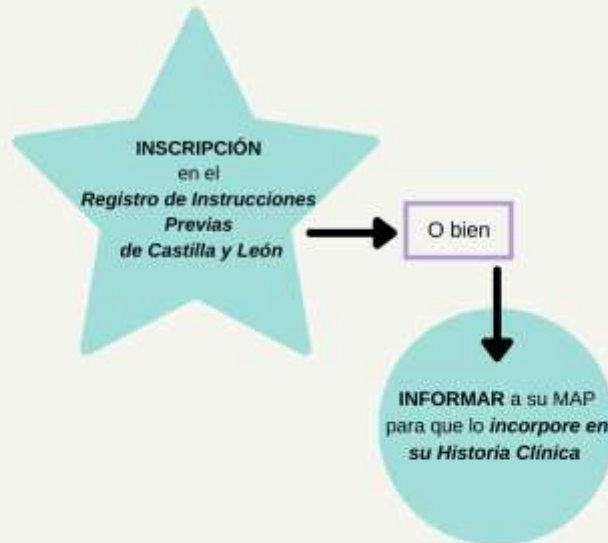
Contenido revisado por el Comité Técnico de la Subcomisión de Enfermería Familiar y Comunitaria
Mas información en:
<https://udsalamancaeir.wordpress.com>



Atención Familiar y Comunitaria
Salamanca

Autores: María Limorti Martín, Isabel Bautista Blázquez, Irene Martín Sanz, Pablo Martínez García, Irene Tabernero de Arriba, Juan Pablo Iglesias Casado. Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de Salamanca.

¿QUÉ SE DEBE HACER CON UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS UNA VEZ FORMALIZADO?



¿Cómo realizar la inscripción?

1.- Solicitud por escrito conforme al modelo disponible en: <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/>

SEDE ELECTRÓNICA



Página 1. Resultados del 1 al 7 de un total de 7 para instrucciones previas.

Documento de Instrucciones Previas e inscripción en el Registro
El «DOCUMENTO de INSTRUCCIONES PREVIAS», recoge los deseos expresados, de forma anticipada, por una persona sobre los cuidados y...



Solicitud de inscripción en el Registro de instrucciones Previas

Descargar formularios y anexos

2.- Presentar en el registro de la *Consejería de Sanidad*, *oficinas de correos* o en el registro de las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León (no es un procedimiento telemático).



Más información en www.saludcastillayleon.es

¿Quién puede acceder a él?

La persona que lo formuló y el/ los representantes designados en él (el representante legal solo podrá acceder al mismo si está autorizado como tal en el documento)

El médico que se encuentre prestando asistencia a la persona que lo formuló

¿Se puede sustituir o revocar una vez inscrito?

SI



Contenido revisado por el Comité Técnico de la Subcomisión de Enfermería Familiar y Comunitaria
Más información en: <https://udsalamancaeir.wordpress.com>



Autores: María Limorti Martín, Isabel Bautista Blázquez, Irene Martín Sanz, Pablo Martínez García, Irene Tabernero de Arriba, Juan Pablo Iglesias Casado. Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de Salamanca.