

Oskar Carmona Sköries

María Catalina Lomoro

**LA ENFERMERA Y LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA
MORIR
REVISIÓN NARRATIVA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por:

Dra. Silvia Reverté Villarroya

Grado en Enfermería



**CAMPUS TERRES DE L'EBRE
Universitat Rovira i Virgili**

Facultat d'Infermeria

Tortosa 2024

AGRADECIMIENTOS

Expresar nuestra gratitud a la Dra. Silvia Reverté Villarroya, por su implicación, orientación y guía, que han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo. Agradecer a nuestras familias, parejas Domingo F.V y Esther C.V y amigos que nos han acompañado en estos cuatro años, que, con su apoyo incondicional, comprensión y amor, nos han renovado las energías y el ánimo para recorrer este camino.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
Justificación	12
MARCO CONCEPTUAL	13
Eutanasia y prestación de ayuda para morir (PRAM).....	13
Evolución histórica y marco legal de la eutanasia	16
Derechos y decisiones de la persona en situación de final de vida.	19
Legislación vigente en España	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
OBJETIVOS	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
METODOLOGÍA.....	25
Estrategia de búsqueda	26
RESULTADOS	27
Tabla 4: Análisis de los resultados de la búsqueda de la literatura.....	29
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS	49
Anexo 1. Modelo de documento de voluntades anticipadas (DVA).....	49
Anexo 2. Procedimiento diagramado del proceso de solicitud la PRAM	51
Anexo 3. Modelo de consentimiento informado	52
Anexo 4. Fármacos aprobados en España para PRAM	54

LISTA DE ABREVIATURAS

AEBI: Asociación Española de Bioética y Ética Médica.

CE: Constitución Española.

CGyE: Comisión de Garantía y Evaluación.

DVA: Documento de Voluntades Anticipadas.

HC: Historia Clínica.

LORE: Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

MC: Médico consultor.

MR: Médico responsable.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PE: Proceso Enfermero.

PRAM: Prestación de ayuda para morir.

RD: Real Decreto.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

UNESCO: La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

RESUMEN

Introducción: La eutanasia se muestra como una intervención deliberada de la vida de un paciente sin posibilidad de curarse, buscando aliviar el sufrimiento en casos de enfermedades terminales. El debate se extiende a perspectivas filosóficas, donde la dignidad humana se argumenta tanto para apoyar como para oponerse a la práctica. Aunque estos temas son legales en pocos países, la tendencia global muestra una consideración creciente. **Objetivo:** Examinar el rol de la enfermera en el contexto de la prestación de ayuda para morir (PRAM), explorando sus habilidades, deberes y obstáculos, con el propósito de ofrecer un conocimiento claro acerca de la participación de la enfermera en contextos vinculados a la asistencia para poner fin a la vida. **Metodología:** Revisión narrativa de la literatura publicada entre 2019 - 2024, en Pubmed, Medline, Web of Sciences, Google Académico, CINAHL, y Scopus y búsqueda manual. Se definieron criterios de selección y se extrajo información relacionada con autor, año, país e idioma, objetivo, metodología y conclusión. **Resultados:** Un total de 11.207 documentos fueron identificados, y se incluyeron 9. Los países de origen de estos estudios fueron Canadá, Bélgica, Países Bajos y España. **Conclusión:** La enfermera desempeña un rol esencial en la PRAM, su participación abarca desde la evaluación inicial hasta la administración de fármacos letales y el soporte emocional a pacientes y familias. Sin embargo, la evolución legislativa en España parece asignar un rol más pasivo en el proceso de eutanasia. Se destaca la importancia de establecer pautas claras y protocolos específicos para guiar la práctica enfermera.

Palabras clave: Eutanasia, Enfermo Terminal, Rol de la Enfermera

ABSTRACT

Introduction: Euthanasia is shown as a deliberate intervention of the life of a patient with no possibility of cure, seeking to alleviate suffering in cases of terminal illness. The debate extends to philosophical perspectives, where human dignity is argued both to support and oppose the practice. Although these issues are legal in few countries, the global trend shows increasing consideration. **Objective:** To examine the role of nursing in the context of providing aid in dying (ADR), exploring their skills, duties and obstacles, with the aim of providing a clear understanding of nursing involvement in end-of-life care settings. **Methodology:** Narrative review of literature published between 2019 - 2024, in Pubmed, Medline, Web of Sciences, Google Scholar, CINAHL, and Scopus and manual search. Selection criteria were defined and information related to author, year, country and language, objective, methodology, and conclusion was extracted. Results: A total of 11,207 papers were identified, and 9 were included. The countries of origin of these studies were Canada, Belgium, the Netherlands and Spain. **Conclusion:** The nurse plays an essential role in PRAM, from the initial assessment to the administration of lethal drugs and emotional support to patients and families. However, the legislative evolution in Spain seems to assign a more passive role in the euthanasia process. The importance of establishing clear guidelines and specific protocols to guide nursing practice is highlighted.

Keywords: Euthanasia, terminally ill, nurse's role.

INTRODUCCIÓN

Desde inicios de este siglo (Callahan, 2000), se ha reflexionado acerca de los objetivos que la medicina tiene en relación con el cuidado y afrontamiento ante el sufrimiento. Este, a su vez, de acuerdo con Altisent et al (2021), puede ser abordado de acuerdo con sus síntomas, por medio de serie de pasos que llevan en última instancia a la sedación paliativa. En la última etapa de dichas opciones se encuentra la eutanasia. Cada reacción ante el sufrimiento demanda un conjunto de salvaguardias éticas, las cuales deben ser más amplias según las implicaciones de los tratamientos. Es claro que se deben intentar previamente las medidas más simples antes de recurrir a enfoques más severos.

En la sociedad actual según Dubón y Mustamante (2020), los cuidados paliativos desempeñan un rol crucial, abarcando aspectos como la psicología del individuo tanto en fase terminal, así como durante el proceso de duelo. Son un punto de vista fundamental para promover la calidad de vida de pacientes y familiares enfrentados a los desafíos vinculados a enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque se centra en la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, así como la adecuada evaluación y tratamiento del dolor, junto con la consideración de otros aspectos sociales, físicos y espirituales. Su importancia se magnifica en contextos no tan desarrollados, donde con periodicidad se diagnostican casos en fases muy avanzadas de la enfermedad, donde la curación no es una posibilidad, sin embargo, aún es viable mitigar el sufrimiento a través de intervenciones asequibles.

Según Al-Mahrezi y Al-Mandhari (2016), una persona que necesite cuidados paliativos es aquella que enfrenta un trastorno o enfermedad avanzada, de carácter crónico y de naturaleza incurable, que puede incluir trastornos traumáticos, infecciosos, degenerativos, metabólicos u oncológicos, entre otros, sin importar el pronóstico específico del tiempo de supervivencia.

En ciertas circunstancias, las medidas paliativas pueden llegar a ser inútiles o desproporcionadas en pacientes con pronósticos desfavorables en cuanto a cantidad y calidad de vida futura, ya que solo prolongaría una situación sin expectativas de mejora. En este punto, tal como menciona Carvajal et al (2021), pueden darse varios escenarios. Uno de ellos es la adecuación terapéutica, la cual consiste en no iniciar intervenciones que se consideran fútiles. Otra, es la obstinación terapéutica, emplear todos los recursos necesarios y disponibles para prolongar la vida de pacientes considerados irrecuperables, sin considerar sus cargas, sufrimientos o costes. En vista de esto, el paciente puede rechazar el tratamiento, se refiere a la decisión consciente y libre del

paciente de no aceptar tratamientos, lo cual refleja su compromiso con sus valores y creencias. Este derecho se considera legamente válido y ético, siempre que la decisión sea autónoma, individual y no tenga repercusiones negativas para la salud pública ni cause daño a terceros.

Según Gómez et al (2015), una alternativa consiste en la sedación paliativa, implica reducir intencionalmente del nivel de conciencia en pacientes con consentimiento explícito, utilizando fármacos apropiados en dosis adecuadas. Su propósito es aliviar el sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios, comúnmente en enfermedades avanzadas o terminales. La sedación puede ser continua o intermitente, buscando el nivel mínimo de compromiso de conciencia necesario para aliviar los síntomas. Cuando la sedación paliativa se aplica en pacientes cercanos a la muerte, se denomina sedación terminal y se administra de manera continua hasta fallecer. Ni la sedación paliativa ni la sedación terminal son formas de eutanasia, ya que su propósito principal no es inducir la muerte del paciente, sino abordar síntomas insostenibles que no mejoran con otras terapias.

La palabra eutanasia hace referencia, de acuerdo con Marín (2018), en proveer la muerte a una persona que solicita ser liberada de un sufrimiento irreversible que considera insostenible. Es esencial resaltar que los términos "eutanasia" y "homicidio" (o "asesinato" en situaciones de planificación, crueldad o por recompensa) son ideas que no pueden coexistir. Esto se debe a que una muerte no puede ser al mismo tiempo voluntaria y en contra de la voluntad de la persona. Por esta razón, considerar la eutanasia como involuntaria se percibe como una contradicción; si la muerte no es voluntaria, podría ser un acto de compasión en homicidio, pero no se categorizaría como eutanasia.

Del mismo modo, también se debe hacer distinción entre eutanasia y sedación, ya que también es producto de debates de índole ética dentro de la práctica sanitaria (Cáceres et al., 2016):

- La intención es fundamental, ya que, en la eutanasia, el propósito es causar la muerte para liberar al paciente del sufrimiento, mientras que la sedación modifica el nivel de conciencia para reducir la percepción del dolor.
- El procedimiento, ya que en la sedación hay una evaluación constante entre el dolor del paciente y la dosis administrada de fármacos, en cambio en la eutanasia, se busca administrar una dosis letal del fármaco.
- El resultado, debido a que en la sedación se espera aliviar el dolor, mientras que, en la eutanasia, el resultado esperado es la muerte.

En este orden de ideas, la eutanasia obedece todos los estatutos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura, conocida comúnmente como UNESCO. De esta forma, todo lo relacionado con la bioética ha mantenido una postura consistente al considerar la dignidad del ser humano como un principio fundamental, con base en el cual se establecen derechos y normas. Todo esto, ha sido con base en la promoción del respeto de la dignidad humana y la protección de los derechos humanos, prestando especial atención al respeto por la vida humana (Martínez, 2022).

El significado de la concepción de dignidad humana cambia según la perspectiva analizada, ya que hay diversas concepciones y enfoques desde los cuales abordar dicho concepto. Se pueden identificar diferentes posturas, como la filosófica, la ontológica, el dualismo o "personismo", así como la perspectiva utilitarista. Desde la concepción utilitarista de la dignidad humana, se argumenta que el sufrimiento causado por una enfermedad podría despojar de sentido a la vida del individuo, llegando incluso a considerar que carece de dignidad. Esta postura ha generado cierta controversia en el ámbito de la Bioética, especialmente en relación con la evaluación de la "calidad de vida" del paciente (Michelini, 2010).

En este sentido, Martínez (2022), se plantea la interrogante de ¿cómo definir la calidad de vida y en qué contexto deberíamos considerarla? A lo cual responde que la calidad de vida se vincula al ámbito de la salud y, en este contexto, se interpreta como el punto de vista subjetivo que tiene un individuo sobre su bienestar físico y mental. En el ámbito de la atención en salud, la solicitud de ayuda para morir puede surgir cuando el paciente experimenta una pérdida considerable de esa calidad de vida.

En este mismo orden de ideas, tal como estableció Parejo (2005), en concordancia con lo establecido por la Ley de Eutanasia en España, se ha normado que la solicitud de poner fin a la vida en el ámbito médico adquiera la forma de un "derecho" individual. Este derecho se fundamenta en respetar la autonomía y la voluntad de la persona, especialmente en situaciones específicas, en un esfuerzo por respaldar la autodeterminación de las personas. En este sentido, términos como consentimiento informado, libertad individual y autonomía personal se entrelazan de manera íntima y están sin duda interrelacionados.

Por esta razón, haciendo énfasis en lo mencionado por García (2019), la autonomía individual, en el contexto de la atención sanitaria, constituye un elemento esencial de su dignidad. Por eso se debe respetar y salvaguardar. Sin el fundamento de la dignidad, el principio de autonomía carecería de significado, y para que esta

autonomía sea considerada legítima y ética, es imperativo no violar el principio de dignidad y, por ende, la inviolabilidad de la vida humana.

Sin embargo, existen oposiciones en relación con esta consideración, la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) en el año 2021, expresó su posición acerca de la ley de eutanasia en España considera que la norma no establece un derecho a morir, sino a requerir la "ayuda para morir". Sostiene que esta ayuda no es propia de los profesionales del ámbito sanitario y no debe incluirse en la atención médica al final de la vida, basada en el respeto incondicional a la vida humana. Apoya los recursos de inconstitucionalidad presentados contra la ley de eutanasia, argumentando que no existe un derecho a la muerte ni a reclamar ser matado. Insiste en que los profesionales sanitarios no deben colaborar en aplicar la ley, incluyendo la objeción de conciencia, y que esta objeción debe ser respetada sin prejuicios.

Es cierto que, en el siglo pasado, del Cano (1999), mencionado por Martínez (2022), examinando las circunstancias específicas que rodean la solicitud de la ayuda para morir, que incluye la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, establece que varios autores se oponen a basar el derecho a morir en la autonomía del paciente. Es necesario resaltar que, en la trayectoria de un paciente terminal, la depresión es una etapa común. Por lo tanto, cuando se diagnostique esta condición, la solicitud debería suspenderse y sometida a revisión.

Dicho esto, lo cierto es que, tal como mencionan Martínez y Martínez (2022), La implementación de la Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia en España desde el 25 de junio de 2021 ha marcado un cambio significativo en la práctica sanitaria en general. La eutanasia implica la acción deliberada de un profesional de la salud que ocasiona la muerte de un paciente de manera directa e intencionada. Este procedimiento se realiza mediante una conexión directa e inmediata entre causa y efecto, en respuesta a una solicitud informada, clara y reiterada realizada por el paciente en el tiempo.

Así, pese a los dilemas éticos que supone el final de la vida por parte del personal sanitario, es necesario mencionar el rol que corresponde a la enfermera dentro de todo este debate y legislaciones vigentes. Según De Beer et al (2004), se brinda respaldo a la participación de la enfermera, ya que es innegable que esta profesión se enfrenta a solicitudes de pacientes, siendo la principal receptora de tales peticiones y estando más o menos involucrada en su cuidado.

La enfermera se encuentra involucrado en todas las fases del proceso, desde la recepción de la solicitud (anexo 2) hasta la atención posterior a la familia. Además de

comprender y atender la petición de la persona desde un punto de vista legal y humano, informan al equipo médico sobre la decisión y proporcionan apoyo tanto a la familia como al paciente durante el proceso de eutanasia. Sin embargo, la falta de claridad y transparencia persiste en lo que respecta a las responsabilidades y al rol real de la enfermera a nivel mundial.

La complejidad del rol de enfermera dentro de todo lo que se relaciona con la eutanasia, de acuerdo con Berghs et al (2005), es fundamentalmente polarizado entre argumentos a favor, que destacan la calidad de vida y la autonomía, y argumentos en contra, que se vinculan con los principios de no maleficencia y justicia. Esto implica que, tanto desde la perspectiva emocional como técnica, las enfermeras deben ser expertas y comprometerse solidariamente reflexionando sobre sus sistemas de valores y emociones, que pueden resultar complicados de enfrentar.

En España, la eutanasia se convierte en un hecho desde el 2021, incorporando un derecho individual a nuestro sistema legal al despenalizar la eutanasia. Sin embargo, la despenalización no necesariamente resultará en un aumento de la eutanasia, ya que se han establecido cuidados planificados, los cuales son apropiados en las unidades de cuidados paliativos. De acuerdo con Lozano (2021), llama la atención la omisión de la palabra "eutanasia" y la adopción de la expresión "prestación de ayuda a morir". Desde esta perspectiva, estas nuevas definiciones definen de manera clara que el personal de salud se comprometerá a proporcionar la logística necesaria para asegurar que los pacientes que lo deseen y que cumplan con lo legalmente establecido, tengan una muerte digna y sin sufrimiento.

En este sentido, se hace necesario conocer las perspectivas vigentes en relación con el rol de la enfermera dentro de este proceso, ya que, como enfermeros, de acuerdo con el documento del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (2021), se puede afirmar que la enfermera responsable del paciente tiene la competencia de llevar a cabo la práctica de la eutanasia mediante la administración del fármaco letal, aunque también el médico puede realizar esta técnica.

Por esta razón, esta investigación tiene como objetivo general examinar el rol de la enfermera en el marco de la prestación de ayuda para morir (PRAM) mediante una revisión narrativa, explorando sus habilidades, deberes y obstáculos en esta esfera, con el propósito de ofrecer un conocimiento claro y bien fundamentado acerca de la participación de la enfermera en contextos vinculados a la asistencia para poner fin a la vida.

Para ello, se analizarán las competencias específicas descritas que la enfermera posee en situaciones relacionadas con la eutanasia, destacando sus habilidades y responsabilidades dentro de este contexto en particular. También se identificará y examinarán los desafíos éticos y prácticos que enfrenta la enfermera al participar en situaciones de asistencia para poner fin a la vida, para comprender de manera integral el rol que cumplen los enfermeros en estos escenarios.

Justificación

En el ámbito del personal sanitario, se observan dos perspectivas con respecto a la eutanasia. Existen diversas opiniones a favor de aceptar la solicitud del paciente para poner fin al sufrimiento, argumentando que el proceso de eutanasia puede conciliarse con la práctica del cuidado, representando así una manera de respetar la autonomía del paciente y el principio fundamental de beneficencia. En contraposición, se encuentran opiniones desfavorables basadas en la preocupación de que la investigación se vería limitada en el caso de pacientes terminales. Asimismo, se señala la posibilidad de que estos pacientes sientan presión para dejar de ser una carga para sus familias, lo que podría resultar en una disminución de la confianza en el sistema de salud y en los profesionales médicos.

Teniendo en cuenta esto, de acuerdo con Mughal (2020), en España, no se llevan a cabo simulaciones en las cuales, desde la formación de los profesionales de enfermería, se hable de la eutanasia, esto resulta crucial para contar con la oportunidad de adquirir este conocimiento y mejorar la atención al final de la vida. En este contexto, una revisión que hable acerca del rol que el enfermero cumple dentro de esta área, puede colaborar con el desarrollo de planes educativos enfocados en carencias reales y demostrables.

Del mismo modo, según mencionan Oñate y Oñate (2023), es destacada la importancia del personal de enfermería en la toma de decisiones sobre la muerte digna, brindando apoyo emocional y acompañamiento a los pacientes y sus familias. Existen estudios recientes sobre el posicionamiento de las enfermeras hacia la eutanasia, resaltando la necesidad de preparación y cualificación específica para asumir este nuevo rol. Por esta razón, una investigación que tenga en cuenta destacar todos estos aspectos, puede ser de gran ayuda destacar los resultados prácticos del personal de enfermería y su participación en el contexto de la eutanasia, al brindar información sobre estos resultados, se contribuirá a la continuación de investigaciones futuras basadas en las deficiencias identificadas en la literatura.

Bajo esta premisa, esta investigación surge con el propósito de examinar el rol de la enfermera en el marco de la prestación de ayuda para morir (PRAM) mediante una revisión narrativa, explorando sus habilidades, deberes y obstáculos en esta esfera, con el propósito de ofrecer un conocimiento claro acerca de la participación de las enfermeras en contextos vinculados a la asistencia para poner fin a la vida.

MARCO CONCEPTUAL

Eutanasia y prestación de ayuda para morir (PRAM)

Cuando se trata el tema de la eutanasia en relación con el rol de la enfermera, debemos pensar en Jean Watson, destacada teórica en la Escuela del Caring por su filosofía y teoría del cuidado. La principal premisa de su teoría humanista es la de tratar al paciente de manera integral, para satisfacer las diferentes necesidades individuales de este. Para ello, manifiesta la importancia de establecer una relación interpersonal con el paciente. Esto se basa en la confianza, el respeto, la escucha activa al igual que la empatía y un ambiente que permita la expresión de sentimientos y el cuidado holístico del paciente, incluyendo el plano espiritual. Refleja la importancia del aprendizaje del profesional de las enfermeras, que deberá estar actualizado para mejorar los cuidados y la enseñanza al paciente. Esta teoría pone el foco en el paciente como un todo y en la importancia de sus cuidados, ayudando que estos no queden relegados por procesos administrativos e inter facultativos, ni olvidados por tratarse de un final de vida inminente o verse alargado el sufrimiento al final de vida por no centrarnos en la persona (Izquierdo, 2015). Es por todo esto, que resulta imprescindible tener en cuenta a esta autora y su teoría de la humanización durante un proceso tan delicado y complicado, como es la eutanasia, que aún hoy en día suscita alarma y preocupación en algunas sociedades, especialmente en aquellas comunidades de orientación tradicionalista y religiosa. No obstante, en el contexto actual, con la emergencia de diversas enfermedades terminales, resulta crucial abordar y poner en discusión este tema (Lizcano et al, 2021). Es posible que resulte contradictorio considerar la eutanasia como parte del cuidado sanitario, ya que su resultado tiene como finalidad extinguir la vida de los pacientes, y aunque su propósito final sea evitar el sufrimiento, se puede considerar que incumple los principios fundamentados dentro del juramento hipocrático (Bedrikow, 2020). Una de las declaraciones que se recogen en este es “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia” (Sanchez-Salvatierra 2018)

En sí, la palabra "eutanasia" tiene su origen etimológico en las raíces griegas eu (bueno, buena) y thanatos (muerte). No obstante, una definición basada únicamente en la etimología parece ser limitada, ya que la percepción de este concepto ha experimentado cambios a lo largo de la historia, al igual que su implementación práctica. Explorar las prácticas relacionadas con el "buen morir" en diversas culturas puede arrojar luz sobre la falta de consenso en la definición de la eutanasia. Por ejemplo, algunas culturas nómadas solían abandonar a enfermos y ancianos, mientras que los espartanos dejaban a los recién nacidos con deformidades en la corriente de un río, y los romanos permitían que murieran a la intemperie en situaciones similares. En la comunidad battaki, una práctica común implica que los ancianos, simbolizando un fruto maduro, suban a un árbol y se dejen caer; posteriormente, sus familiares los matan y consumen (De Luna, 2019).

De acuerdo con Álvarez (2007), la eutanasia ha sido abordada principalmente desde dos perspectivas filosóficas arraigadas en la ciencia y la religión, fundamentadas en conocimientos y creencias provenientes de la sociedad. Estas corrientes usan la dignidad humana tanto para respaldar como para rechazar la práctica de la eutanasia. Aquellos a favor argumentan que la dignidad humana del individuo enfermo radica en su derecho a elegir libremente el momento de su propia muerte. Por otro lado, quienes se oponen consideran que la dignidad humana lleva implícito rechazar este derecho, ya que lo ven como una interferencia arbitraria en un asunto que algunos consideran exclusivamente divino y otros como científico-legal.

Las cuestiones relacionadas con el proceso de morir y de la muerte han ganado significativa relevancia en la sociedad actual. Por un lado, los progresos en medicina y disciplinas afines posibilitan la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites antes inimaginables. Este fenómeno, junto al envejecimiento demográfico y al consecuente aumento de enfermedades crónicas, conlleva a que un número creciente de individuos con enfermedades degenerativas o irreversibles alcancen una fase terminal. Esta etapa se caracteriza por la incurabilidad de la enfermedad causal y un pronóstico de vida limitado, a menudo en un entorno de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada.

Para Chilibingua (2020), en términos estrictos, la eutanasia se entiende como el acto de provocar la muerte de una persona motivado por razones compasivas, con el propósito de aliviarle el sufrimiento y el dolor cuando está afectada por enfermedades incurables, dolorosas, en estado terminal, y los recursos científicos son incapaces de suprimir o al menos mitigar dicha situación.

En la actualidad, se presenta una ambigüedad terminológica en torno este concepto, lo que hace necesario aclarar algunos términos clave. Es fundamental excluir de este término la provocación de la propia muerte, ya que esta conducta no está sujeta a tratamiento jurídico penal. En la literatura, se utiliza frecuentemente el término "eutanasia pasiva", pero esta expresión resulta confusa. La eutanasia, entendida como una acción intencionada para poner fin a la vida de una persona enferma por razones compasivas, puede llevarse a cabo mediante una acción o una omisión. Por tanto, la distinción entre eutanasia pasiva y eutanasia activa carece de relevancia ética, siempre y cuando la acción y el resultado sean consistentes. En resumen, el término eutanasia abarca tanto la administración de un fármaco letal como la omisión de una medida terapéutica indicada, siempre que la intención sea poner fin a la vida del paciente (Alisent et al, 2002).

En este mismo sentido, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el término "eutanasia pasiva" es considerado engañoso e inexacto, ya que se refiere a prácticas en pacientes moribundos, como la retirada de tratamientos sin beneficio demostrado o la omisión de tratamientos considerados sin beneficio, junto con la aplicación vigorosa de tratamientos para el dolor, aunque esto pueda acortar la vida. Dado que estas decisiones se toman cerca del final de la vida, la muerte puede ocurrir pronto, pero no de manera inevitable, y se han clasificado estas prácticas como eutanasia.

La OMS (2021), también señala que las definiciones de la eutanasia carecen de precisión y pueden variar de una persona a otra, aunque comparten algunos elementos comunes. La mayoría de los expertos se centran en la eutanasia directa o activa, que se divide en tres categorías:

- Homicidio intencional de personas competentes y libres que han expresado su deseo;
- Suicidio asistido por profesionales
- Homicidio intencional de recién nacidos con anomalías congénitas, que pueden o no amenazar la vida, a menudo relacionado con la retención de alimento.

Otros conceptos relacionados son la ortotanasia, que permite que la muerte ocurra naturalmente, en el momento apropiado, sin interferir en la enfermedad o la muerte. Los profesionales de la salud están capacitados para proporcionar al paciente todos los cuidados y tratamientos necesarios para aliviar el sufrimiento. Además, la limitación del esfuerzo terapéutico implica la decisión de no iniciar o retirar medidas terapéuticas consideradas inútiles en la situación específica del paciente, ya que solo prolongarían

la vida sin posibilidad de una recuperación funcional y una calidad de vida mínima. También se conoce como adistanasia la omisión o retirada de los medios extraordinarios (Félix et al, 2013).

En lo que respecta a su clasificación, la eutanasia se ha categorizado según distintos criterios, dando lugar a diversas categorías, entre las cuales se destacan (Dubón y Bustamante, 2018):

- Por su finalidad: Eugénica (se relaciona con el fallecimiento de individuos con deformidades o enfermedades con la intención de prevenir la degeneración de la raza), económica (involucra la eliminación de personas incurables, discapacitadas o ancianas para aliviar a la sociedad de individuos considerados prescindibles, generando costes económicos y asistenciales elevados), piadosa (surge del sentimiento de compasión hacia aquellos que sufren intensamente sin perspectivas de recuperación) y solidaria (implica brindar una muerte libre de dolor a personas desahuciadas con el propósito de utilizar sus órganos o tejidos con fines terapéuticos)
- Por la modalidad de acción: Activa o solicitada por el propio paciente en etapa terminal y provocada mediante la acción positiva de un médico o personal de salud y pasiva o a través de la omisión de un tratamiento terapéutico necesario o la interrupción de la terapia, con el fin de no prolongar los sufrimientos al final de la vida.

Según el BOE, dentro del marco de la ley de eutanasia formulada en España, se realiza una distinción entre dos procedimientos diferentes: eutanasia activa y suicidio asistido. Ambos con la finalidad de poner fin a la vida de una persona, y tras ser aceptada su solicitud tras un riguroso proceso, estando este respaldado por una enfermedad grave e incurable que cause un enorme sufrimiento en la persona que lo padece. En la eutanasia activa, es el profesional sanitario el que por medio de su actuación pone fin a la vida del paciente, mientras que, en el suicidio asistido, es el propio paciente el que lleva a cabo la acción de acabar con su vida, de manera intencionada, tras haber recibido los fármacos y las indicaciones pertinentes por parte del profesional sanitario. (Jefatura del Estado, 2021)

Evolución histórica y marco legal de la eutanasia

Uno de los primeros registros formales del término eutanasia, aparece en el Renacimiento y se atribuye al filósofo F. Bacon, el cual confiere a este concepto la idea de acelerar el proceso de la muerte a un hombre enfermo. El resurgir de este concepto

acompaña por ende a un significado más próximo al que tenemos en la actualidad del concepto eutanasia. Según Creagh (2012), aunque el término no surgió hasta Bacon, en la antigüedad greco-romana era común llevar a cabo prácticas como el suicidio, aborto y la eliminación de aquellos que no gozaban de buena salud, ya que la filosofía de esa época sostenía que "una vida indigna no merecía ser vivida". Este enfoque se considera parte del concepto de muerte honorable o placentera, y a diferencia de lo que hoy se conoce como eutanasia, esta perspectiva no tiene en cuenta la asistencia para poner fin a la vida.

Según Guijo (2020), Nietzsche aborda la posibilidad de poner fin a una vida que solo causa sufrimientos y aboga por una eutanasia eugenésica aplicada a los "parásitos" de la sociedad, como los enfermos mentales y otros incurables. Su visión del "superhombre" se utilizó como base para el surgimiento del fascismo, que resultó en la eliminación de miles de judíos en campos de concentración. En octubre de 1939, Hitler ordenó secretamente la muerte de unos 70,000 deficientes psíquicos, iniciando lo que se llegó a llamar la etapa de la eutanasia automatizada, donde los médicos tenían mayor autonomía para decidir sobre la vida de los pacientes enfermos. Sin embargo, a finales del siglo XX, surge la idea de que la eutanasia nunca debe llevarse a cabo sin tener en cuenta la voluntad del paciente, y grupos defienden la necesidad de una muerte digna basada en el alivio del dolor, la información y el respeto a la libertad personal.

La eutanasia ha sido interpretada como un medio para aliviar el proceso de muerte, una perspectiva cuyos orígenes se encuentran en las ideas del historiador Karl Friedrich Heinrich Marx (1796-1877) y que recibió una fuerte influencia de Bacon. Marx postulaba que los médicos tenían la obligación moral de mitigar el sufrimiento a través del respaldo y la administración de fármacos, introduciendo así la responsabilidad médica en este ámbito. Sin embargo, la aceptación de esta práctica finaliza con la llegada del cristianismo, que la condena firmemente, negándole a quién cometiera suicidio recibir una sepultura cristiana, y en el año 693 amenazando con la excomunión a quien tuviera la tentativa y convirtiéndolo en pecado mortal (Bont et al 2007) Tomás de Aquino (1225-1274) expresó una oposición contundente, argumentando que la eutanasia contraviene la supervivencia inherente a la condición humana (Hernández, 2020).

El marco legal de la eutanasia se ha desarrollado en paralelo con el del suicidio asistido, se remonta a finales del siglo XIX, aunque la primera ley relacionada con el suicidio asistido se implementó en Oregon, Estados Unidos, en 1997. Desde entonces, se han promulgado diversas legislaciones, incluyendo las de Holanda en 2002 y, más

recientemente, en el estado de California en 2015. En la actualidad, existen 13 países donde tanto el suicidio asistido como la eutanasia son legales (Karsoho, 2016).

El propósito principal de la regulación del suicidio asistido y la eutanasia es definir el rol que desempeña el personal médico. Un aspecto crucial en cualquier jurisdicción es establecer que la participación médica en el suicidio asistido solo puede llevarse a cabo cuando existe una solicitud explícita y voluntaria por parte del paciente. En casi todos los casos, se reconoce que la participación médica en el proceso de muerte inducida se contempla únicamente como una manera de aliviar un sufrimiento severo e inevitable causado por una enfermedad eminentemente mortal (Van der Heide, 2013).

Holanda se convirtió en la primera nación en autorizar la eutanasia mediante la aprobación de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio, la cual establece las condiciones que deben cumplirse para llevar a cabo este procedimiento. En este sentido, la eutanasia podría ser defendida cuando el paciente presenta una solicitud voluntaria, respaldada por la constatación de que su enfermedad es incurable y se manifiesta con un considerable malestar físico y emocional, sin perspectivas de mejoría (Código Penal Federal, 2009)

En Bélgica, se promulgó la Ley de muerte digna y eutanasia también en el año 2002. En esta se establece que el paciente debe cumplir con diversos requisitos para su solicitud, asegurando que sea voluntaria, reflexiva y reiterada, y debe contar con la certificación de varios médicos. La aplicación de la eutanasia puede considerarse en personas adultas con capacidad legal, siempre y cuando se haya verificado la presencia de sufrimientos físicos, psicológicos y sociales asociados a una enfermedad terminal. Más tarde en el año 2009, en Luxemburgo, se aprobó la Ley sobre el derecho a una muerte digna. La legislación establece las condiciones bajo las cuales se despenaliza la acción de un médico para inducir la muerte de una persona: el paciente debe ser mayor de edad o un menor emancipado, presentar una enfermedad terminal con sufrimientos sin posibilidad de tratamiento, y expresar de manera voluntaria y reiterada, sin presiones externas, su deseo de morir (Castro et al, 2016).

Aunque la eutanasia no está despenalizada en Estados Unidos, el suicidio asistido por personal médico está permitido y se rige por las leyes estatales correspondientes. A pesar de representar un avance hacia la aceptación de una muerte digna, estas leyes establecen limitaciones en cuanto a los casos elegibles, ya que los criterios para el suicidio asistido incluyen la determinación de un periodo de vida inferior a 6 meses. Esta condición restringe los casos en los que los pacientes con enfermedades terminales y una esperanza de vida superior a ese plazo,

independientemente del sufrimiento y dolor insoportable que puedan experimentar, no calificarían (Porter y Warbuton, 2018).

Cifras de muertes por eutanasia en países que la han legalizado

Datos recabados de fuentes estadísticas y de páginas oficiales de diferentes naciones, muestran que en países como Holanda la incidencia de eutanasia ha variado del 1,9% en 1990 al 4,4% en 2017 teniendo en cuenta que se legalizó formalmente en 2002 tras aceptarse como una práctica tolerada 1985. (Groenewoud et al 2021). Pasó de 1815 fallecidos por eutanasia a 7.666 en 2021. Por otro lado, Bélgica también legalizó la muerte asistida en 2002, y en este caso, la tasa de eutanasia se incrementó de 259 a 2.700 entre los años 2003 y 2021. (Díez, 2023)

Según datos recopilados en Statista, en Luxemburgo se legalizó en 2009 y en el año 2022 se declaró unas de las cifras anuales más altas de eutanasia desde entonces, habiéndose llevado a cabo un total de 34 casos. (Luxembourg: Euthanasia 2022 | Statista, 2023.) Canadá por su parte, legalizó este procedimiento en 2016. Hasta el año 2021, el número de muertes con asistencia médica ascendía a 31,664. (Ministerio de Salud de Canadá, 2023)

Los últimos países en legalizar esta ley fueron Nueva Zelanda y España en el año 2021. En el primero, según el gobierno de Nueva Zelanda, un año después de su legalización se habrían aceptado y llevado a término un total de 66 muertes asistidas. (Ministry of Health NZ, 2022).

Mientras que, en España, también según Statista, el primer año 336 personas solicitaron la muerte asistida por todo el territorio de las cuales se aceptaron y realizaron 171 de ellas, concentrándose especialmente en Cataluña y el País Vasco, que entre ambas acumularon más de la mitad de las solicitudes aceptadas. (Número de eutanasias solicitadas, practicadas y rechazadas en España de junio de 2021 a junio de 2022, por comunidad autónoma | Statista, 2023)

Derechos y decisiones de la persona en situación de final de vida.

Según lo descrito por Navarro (2021), el actual debate sobre el suicidio asistido y la eutanasia no se limita únicamente al ámbito sanitario, sino que también se despliega en los campos de la política y las ciencias sociales. Esta amplitud se debe a la naturaleza intrínseca de estos temas, que exploran los conceptos de vida y muerte desde

perspectivas fisiológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas. Aunque actualmente los países donde el suicidio asistido y la eutanasia son legales son pocos, se observa una tendencia creciente hacia la consideración de estas opciones en la legislación de diversos países.

De acuerdo con Dubón y Bustamante (2020), el derecho a la vida es un fundamento universal reconocido en las constituciones políticas y legislaciones de diversas naciones, así como en tratados internacionales, entre los cuales se incluyen la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Convención Americana de los Derechos Humanos. En este marco, es claro que el derecho internacional desempeña un rol fundamental como defensor de estos derechos.

A lo largo de la historia, la relación entre médicos y pacientes fue el componente principal de la ética médica, ya que es a través de esta interacción que cobran significado los procesos de atención sanitaria. En este contexto, resulta fundamental reflexionar sobre un tema delicado al gestionar la atención médica: reconocer la frontera que distingue lo aceptable de lo inaceptable. La toma de decisiones en relación con la recomendación, ejecución o interrupción de procedimientos diagnóstico-terapéuticos en pacientes con enfermedades terminales es un tema complejo. En este ámbito, los Comités Intrahospitalarios de Bioética desempeñan un rol crucial, ya que, entre sus objetivos, se incluye ofrecer orientación al personal de salud y a los usuarios en cuanto a los problemas y dilemas éticos vinculados con la provisión de servicios médicos y la enseñanza en salud, adoptando un enfoque secular y basado en la ciencia.

El "Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina", establecido por el Consejo de Europa, entró en vigor en España el 1 de enero de 2000. Este convenio promulgó la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que sienta las bases para la independencia o autonomía del paciente y sus derechos, así como sus obligaciones en información y documentación clínica. Este cambio normativo marcó la introducción del concepto de "autonomía del paciente". La regulación fundamental establece requisitos mínimos obligatorios para la totalidad de los gobiernos autónomos, permitiendo que sean posibles regulaciones más detalladas posteriormente. Varias comunidades autónomas, como Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Aragón, han aprobado leyes propias, mejorando aspectos específicos como las voluntades anticipadas (Hernández, 2020).

La creación del documento de voluntades anticipadas en España se basa en el artículo 11 de la Ley 41/2002. Este artículo establece que un adulto, competente y en libertad puede manifestar su voluntad, que debe respetarse en situaciones en las que no pueda expresarse personalmente respecto a los cuidados y tratamientos de su salud. Además, aborda la posibilidad de expresar sus deseos después de su fallecimiento, especialmente en relación con el destino de su cuerpo u órganos.

Según lo mencionado por Arimany et al (2017), las comunidades autónomas ofrecen diferentes modelos de propuestas, sin embargo, el firmante puede personalizar completamente este documento dentro del marco legal actual del país. Por ejemplo, la asociación Derecho a Morir Dignamente incluye la siguiente declaración: "Si en ese momento la legislación regula el derecho a morir con dignidad a través de la eutanasia activa, es mi deseo morir de manera rápida e indolora de acuerdo con la *lex artis ad hoc*". Este documento respeta la autonomía de las personas al permitirles tomar decisiones anticipadas sobre los cuidados y tratamientos que desean o no recibir en el futuro, incluyendo técnicas como el soporte vital y la respiración asistida, evitando así el ensañamiento terapéutico, entre otros aspectos. Además, proporciona un marco para que los profesionales de la salud y las familias tomen decisiones cuando la persona ya no puede hacerlo por sí misma.

Según Lizcano et al (2021), quienes cuestionaban que, si existe un derecho a morir dignamente, en cuanto a referentes a nivel mundial de este tema, narran que, en Argentina, la Ley 26.742, aprobada en 2012, otorga derechos a pacientes con enfermedades terminales, permitiéndoles rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación o reanimación artificial cuando son desproporcionados o causan sufrimiento desmesurado. Esta ley pretende asegurar el derecho a la autonomía de la voluntad en decisiones relacionadas con enfermedades catastróficas o terminales. En Estados Unidos, la eutanasia es un tema debatido. Solo California la ha legalizado, mientras que otros estados han incluido el suicidio asistido en sus legislaciones debido a lagunas legales. Casos como el de Karen Ann Quinlan en 1976 y Nancy Beth Cruzan generaron debates sobre el derecho a morir. La jurisprudencia actual examina el derecho constitucional de un individuo a interrumpir el tratamiento que la mantiene con vida.

La muerte, es un fenómeno irreversible que pone fin al ciclo de vida de todo ser viviente, incluyendo al humano, carece de una definición precisa y límites claros. Aunque se habla de muerte clínica, encefálica, celular, entre otras, estos conceptos no son suficientes para el manejo profesional de la misma. De acuerdo con Cortez (2006), a

pregunta sobre el derecho a morir con dignidad ha generado intensos debates en nuestras sociedades. La noción de que los humanos tienen el derecho a morir de forma digna ha sido central en los debates bioéticos contemporáneos relacionados con el fin de la vida del ser humano. Muchos defensores de este derecho, que incluye la posibilidad de recurrir a la eutanasia o al suicidio médicamente asistido, argumentan en favor del respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Según esta perspectiva, en situaciones extremas de sufrimiento, se considera un acto de compasión permitir la eutanasia o el suicidio asistido, mientras que negarse a realizarlos podría ser visto como una forma de hacer daño.

Con el avance de la ciencia, que nos permite acompañar las etapas finales de enfermedades crónicas, la medicina ha vuelto a centrarse en aliviar el sufrimiento cuando no se puede prevenir ni curar. Los pacientes terminales y sus familias buscan estos cuidados en hospitales, lo que ha llevado a la medicalización frecuente de la muerte, convirtiendo este proceso en un evento hospitalario común. La ética en las etapas finales de la vida se enfoca en los principios y aspectos éticos relacionados con la atención médica de pacientes en estas circunstancias.

Estos dilemas, según Barrio et al (2004), son complejos, el personal de salud, y las enfermeras y enfermeros que están junto al paciente terminal, que consideran el cuidado como un arte, a veces se responsabilizan de brindar una atención excepcional ante la muerte de los pacientes a su cargo. Esta situación puede provocar inquietud y ansiedad en los cuidadores, ya que se ven confrontados con sus propias creencias y temores. Además, existe la incertidumbre sobre si están brindando el apoyo al paciente de la manera que él o ella hubiera deseado.

Legislación vigente en España

La controversia alrededor de la eutanasia, según Guijo (2020), debe contextualizarse inicialmente en un marco político-social, ya que la interpretación del derecho a la vida, según nuestros estatutos constitucionales, encuentra su justificación en el tipo de Estado en el que nos encontramos. Esta controversia constitucional será percibida de manera diferente en un Estado liberal en comparación con un Estado social y democrático del derecho. El liberalismo argumenta que la responsabilidad del gobierno no es promover el bienestar de las personas, sino evitar interferencias mutuas mientras buscan su propio bien. Este enfoque se fundamenta en la autonomía personal. Por ende, la legislación se limitaría a regular el derecho a morir, definiendo las formas en

que el paciente puede elegir poner fin a su vida, permitiéndole decidir libremente sobre su propio cuerpo.

Al abordar el marco jurídico de la eutanasia en el contexto español, es esencial referirse a los derechos fundamentales afectados, estos se encuentran establecidos, según Hernández (2020), en la Constitución Española de 1978. Estos derechos incluyen la dignidad, la libertad personal y el derecho a la vida. El derecho a la vida y a la integridad física y moral son considerados como los derechos fundamentales principales entre todos los reconocidos en nuestra Constitución Española (CE). Los derechos fundamentales afectados incluyen el derecho a la vida y a la integridad física y moral, los principios de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, el valor libertad, así como la libertad ideológica y religiosa.

De acuerdo con Hernández (2020), en el artículo 143 del Código Penal de España se establecen las sanciones para aquellos que induzcan al suicidio de otra persona, abordando dos opciones en su tipo objetivo: la causación directa de la muerte y la cooperación activa necesaria que lleva al fallecimiento de la otra persona. También contempla un aspecto subjetivo, específicamente en situaciones donde una persona solicita a otra su propia muerte debido a la falta de deseo de vivir más, exigiendo una "petición expresa e inequívoca". Respecto a la petición expresa, se requiere que sea verbal o escrita, sin posibilidad de ser tácita. La petición debe ser seria, sin presencia de violencia, engaño o error. Asimismo, la petición debe ser inequívoca, indicando claramente la voluntad de morir. Además, se establece en el artículo que la víctima debe estar "sufriendo una enfermedad grave" o "padecimientos permanentes y difíciles de soportar".

La Ley 41/2002, que regula la autonomía del paciente y los derechos y responsabilidades en información y documentos clínicos, promulgada el 14 de noviembre, asegura en su Artículo 2 el respeto a la dignidad de la persona humana, a la autonomía de su voluntad e intimidad. Para salvaguardar esta autonomía en la etapa final de la vida, el Artículo 11 establece el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). Este permite a una persona mayor de edad, capaz y libre, expresar anticipadamente su voluntad respecto a los cuidados y tratamiento de su salud, así como la disposición final de su cuerpo u órganos en situaciones en las que no pueda expresarlos personalmente. Es importante señalar que este documento no legaliza la eutanasia en ninguna circunstancia.

Sin embargo, no fue sino hasta el año 2021, con la entrada en funcionamiento de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, establece la creación de un Registro de

profesionales de la salud objetores de conciencia. El Decreto 225/2021, de 6 de octubre, emitido por el Consejo de Gobierno, pretende establecer y regular dicho registro, junto con la Comisión de Garantía y Evaluación, para supervisar la ayuda para morir.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, se permite el acceso tanto a la eutanasia como al suicidio medicamente asistido a toda persona que, cumpliendo con una serie de requisitos, tenga la capacidad de actuar y decidir de manera individual, consciente e informada, y que se halle en situaciones de sufrimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable que cause un sufrimiento físico o psíquico intolerable. Esta prestación está disponible para ciudadanos con nacionalidad española, residencia legal en España o que estén empadronados durante más de un año y que no estén sujetos a presiones externas. Cuando el solicitante no está en pleno uso de sus facultades, debe haber dejado constancia de tal deseo en su testamento vital, DVA (anexo 1) o documentos equivalentes legalmente validados y reconocidos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Esta revisión narrativa se elabora con base en la pregunta de investigación "*¿Cuál es el rol de la enfermera en la Prestación de Ayuda para Morir (PRAM) incluyendo sus competencias específicas responsabilidades, habilidades destacadas y los desafíos éticos y prácticos que enfrentan, con el propósito de ofrecer un conocimiento claro sobre la participación de la enfermera en contextos vinculados a la asistencia para poner fin a la vida?*"

Para ello, se estará empleando el acrónimo PICO (Población de estudio, Intervención o fenómeno de interés, Comparación y Resultado), quedando de la siguiente manera:

- P (Población de estudio): Enfermeras que participan en situaciones de Prestación de Ayuda para Morir (PRAM).
- I (Intervención o fenómeno de interés): El rol de la enfermera en la PRAM, incluyendo *competencias específicas, responsabilidades, habilidades destacadas y los desafíos éticos y prácticos*
- C (Comparación): No aplica comparación
- O (Resultado): *ofrecer un conocimiento claro sobre la participación de las enfermeras en contextos vinculados a la asistencia para poner fin a la vida*

OBJETIVOS

Objetivo general

Examinar el rol de la enfermera en el marco de la prestación de ayuda para morir (PRAM) mediante una revisión narrativa, explorando sus habilidades, deberes y obstáculos en esta esfera, con el propósito de ofrecer un conocimiento claro acerca de la participación de enfermera en contextos vinculados a la asistencia para poner fin a la vida.

Objetivos específicos

- Determinar las competencias específicas que la enfermera posee en situaciones relacionadas con la eutanasia, destacando sus habilidades y responsabilidades dentro de este contexto particular.
- Identificar los desafíos éticos y prácticos que enfrenta la enfermera al participar en situaciones de asistencia para poner fin a la vida, para comprender de manera integral el rol de la enfermera en estos escenarios.

METODOLOGÍA

El diseño del presente trabajo consiste en una revisión narrativa de los textos más relevantes relacionados con la PRAM. La búsqueda se realizó entre noviembre y diciembre del 2023. Las fuentes utilizadas fueron: Pubmed, Medline, Web of Sciences, Google Académico, CINAHL y Scopus. Por otro lado, se complementó la búsqueda de las bases de datos con búsquedas manuales.

En cuanto a los términos de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: eutanasia, muerte asistida, enfermera, ética y competencias. Se emplearon términos MeSH y DeCS para tener un lenguaje controlado (tabla 1) Además se utilizaron los booleanos AND y OR para poder combinar los términos de búsqueda.

Palabras clave	MeSH	DeCS
Eutanasia	Euthanasia	Eutanasia
Muerte asistida	Assisted dying/death	Muerte asistida
Enfermera	Nurs*	Enfermer*
Ética	Ethics	Ética
Competencias	Competencies	Competencia

(*) truncamiento para buscar el término enfermera y sus extensiones familiares.

Tabla 1: Palabras clave, MeSH y DeSH

Se revisaron documentos que incluyeron investigaciones descriptivas cuantitativas y cualitativas, así como revisiones sistemáticas y documentos legislativos que cumplieran con los estándares o criterios de inclusión/elección detallados a continuación:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Año de publicación de 2019 a 2024 (ambos incluidos).	Artículos de pago o de difícil acceso.
Artículos publicados en base de datos científicas.	Artículos duplicados y/o metaanálisis
Documentos oficiales del estado o asociaciones especializadas en eutanasia.	Artículos no relacionados con la PRAM o eutanasia.
Acceso gratuito y completo.	Literatura gris <30%
Idioma en castellano, inglés y portugués	Artículos sin referencias bibliográficas.

Tabla 2: criterios de inclusión y exclusión.

Estrategia de búsqueda

Base de datos	Criterios de búsqueda	Nº de artículos	Nº de artículos seleccionados
Pubmed	(euthanasia OR "assisted suicide" OR "assisted dying" OR "assisted death") AND (nurs*) AND (competencies OR ethics)	66	5
Medline	(euthanasia OR "assisted suicide" OR "assisted dying" OR "assisted death") AND (nurs*) AND (competencies OR ethics)	85	0
Web of Science	(euthanasia OR "assisted suicide" OR "assisted dying" OR "assisted death") AND (nurs*) AND (competencies OR ethics).	48	2
Google Academic	(euthanasia or "assisted suicide" or "assisted dying" or "assisted death") AND (nurs*) AND (competencies OR ethics)	112	
	(eutanasia OR "suicidio asistido" OR "muerte asistida") AND (enfermer*) AND (competencias)	29	1
CINAHL	(euthanasia OR "assisted suicide" OR "assisted dying" OR "assisted death") AND (nurs*) AND (competencies OR ethics)	10	0
Scopus	(euthanasia OR "assisted suicide" OR "assisted dying" OR "assisted death") AND (nurs*) AND (competencies OR ethics)	26	1
Búsqueda manual		3	3

Tabla 3: Estrategias de búsqueda

RESULTADOS

Diagrama de flujo de la búsqueda de la literatura. Tras haber realizado la búsqueda de artículos con los criterios elegidos se obtienen los siguientes resultados plasmados en el diagrama de flujo (gráfico 1).

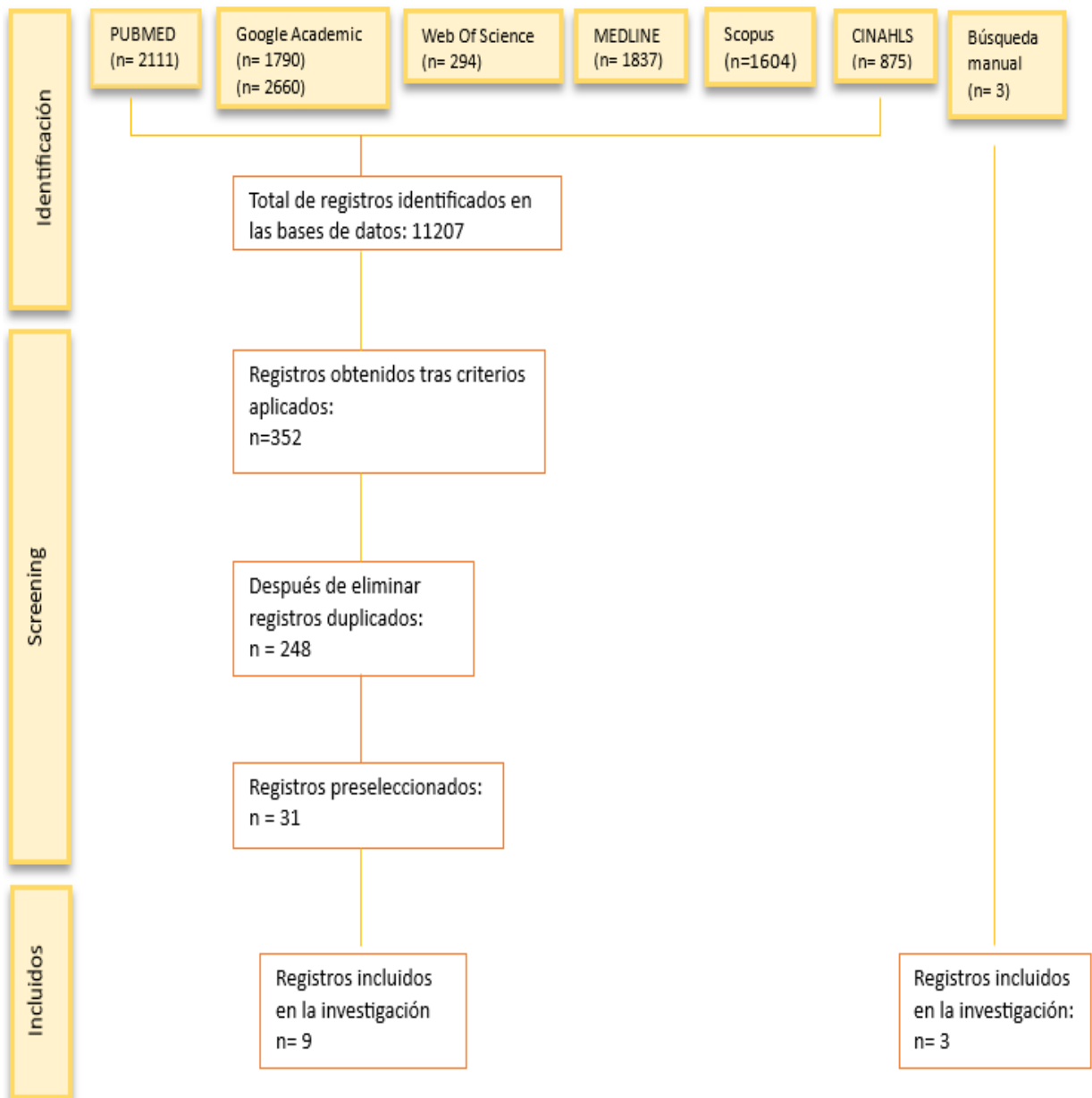


Gráfico 1. Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia.

Registros incluidos de diferentes países, del año 2019 al 2022

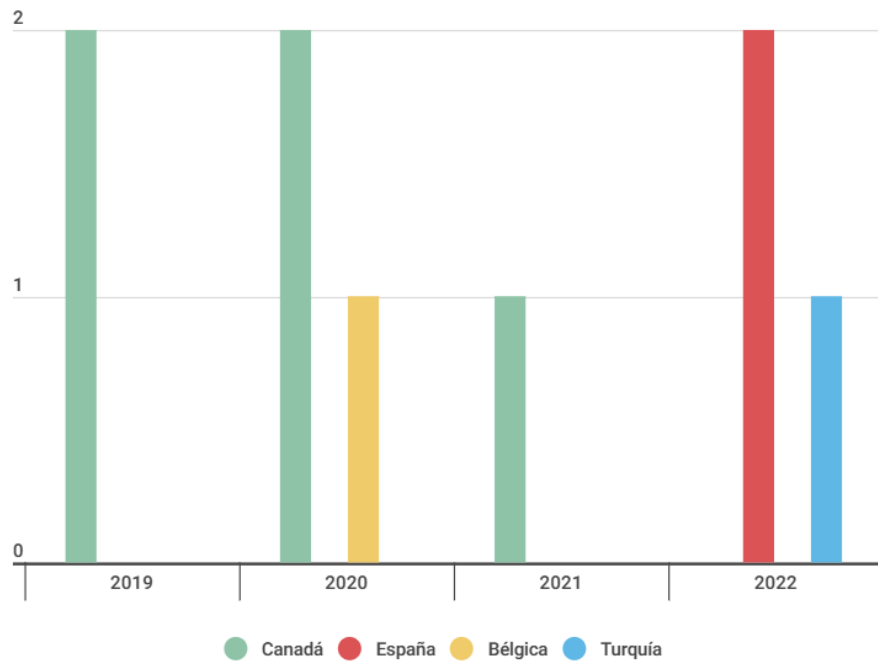


Gráfico 2. Registros según país de realización o procedencia de los autores. Fuente: Elaboración propia.

Registros incluidos de diferentes profesionales, del año 2019 al 2022

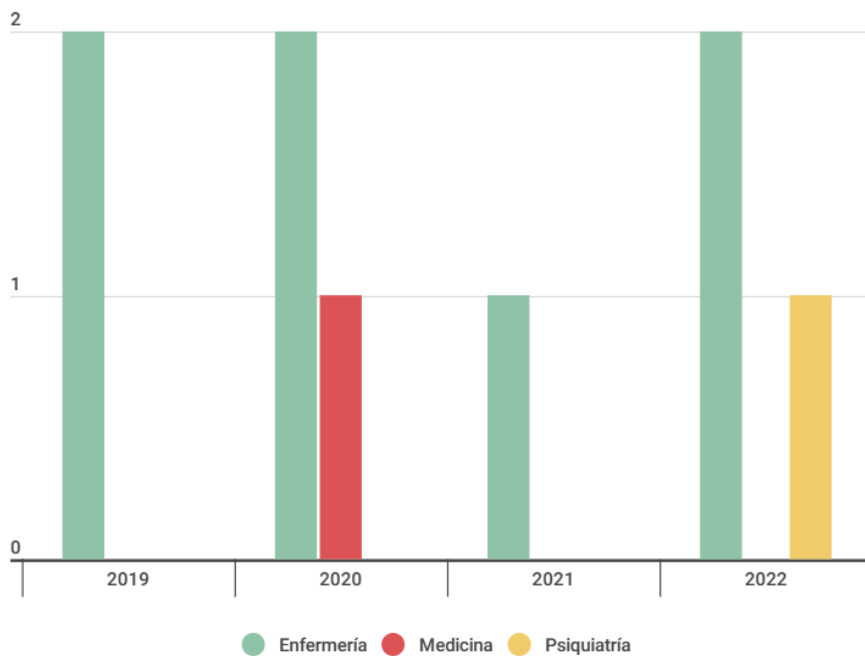


Gráfico 3. Registros elaborados por distintos perfiles profesionales. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Análisis de los resultados de la búsqueda de la literatura.

Se realiza una búsqueda en diferentes bases de datos utilizando los booleanos seleccionados junto con los criterios de inclusión y exclusión para definir la búsqueda.

TÍTULO	AUTORES, PAÍS Y AÑO	METODOLOGÍA	OBJETIVO	RESULTADO/CONCLUSIÓN
El rol de enfermería en el proceso de eutanasia: una revisión sistemática.	Carretero, Á. H., y Díaz-Ropero, L. R España, 2022	Revisión sistemática	Definir el rol de enfermería en el cuidado prestado a los pacientes que solicitan la eutanasia en los países donde está legalizada y conocer los conflictos deontológicos y/o bioéticos referidos.	Análisis del rol de la enfermería en el proceso de eutanasia, mediante inclusión de artículos de los diferentes países en los que este proceso se encuentra legislado con el fin de ver qué tipo de papel tiene la enfermería durante este momento vital del paciente. Se concluye que no existe una legislación específica legitime a este colectivo, que lleva a actuación heterogénea y poco individualizada.
"It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation.	Bellens, M., Debien, E., Claessens, F., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. Bélgica, 2020.	Investigación cualitativa basada en técnica de grupo focal	Explorar como las enfermeras belgas experimentan su participación en el cuidado prestado durante proceso de eutanasia 15 años después de su legalización.	En este artículo basan la evidencia en la experiencia de 26 enfermeras/os mediante entrevista en los cuidados de pacientes en proceso de eutanasia en Bélgica. El artículo da un punto de vista positivo sobre su participación, pero aún hay problemas éticos para algunos profesionales. Estas opiniones contrarias y las experiencias serían útiles para clarificar las posiciones de la enfermería en los cuidados de este proceso vital.
The role of nurses in	Bellon, F., Mateos, J. T., Pastells-Peiró,	Revisión exploratoria	Aclarar el rol de la enfermera durante el proceso de eutanasia en	Se identifican una amplia variedad de funciones del personal de enfermería de diferentes países en los que está legislado el proceso de eutanasia. Se

 euthanasia: A scoping review.	R., Espigares-Tribó, G., Gea-Sánchez, M., y Rubinat-Arnaldo, E. España, 2022.		los diferentes países, realizando un análisis de la legislación internacional y de la literatura científica.	evidencia como muchas de las funciones ejercidas por la enfermería se sitúan fuera del marco legal y, por tanto, abiertas a interpretación de estos. Esto deja a la enfermería en una situación de desamparo legal en este proceso.
Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents.	Pesut B, Thorne S, Stager ML, et al. Canadá, 2019.	Revisión de la literatura regulatoria.	Proporcionar una visión global y un análisis de documentos creados por organismos reguladores de enfermería en Canadá, con el propósito de apoyar la práctica tanto de enfermera registrada como de la enfermera practicante.	Análisis de diferentes documentos oficiales y artículos sobre la función del personal de enfermería desde la legalización de la eutanasia en 2016 en Canadá. Se recalca cuán importante es la labor de la enfermería en el proceso de asistencia médica en la muerte y como muchos de ellos han conseguido normalizarlo. Se concluye que restan todavía acciones que tomar para que el sistema y sus participantes funciones de manera correcta en términos morales y jurídicos.
Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurses' Experiences with Assisted Death: A Synthesis.	Pesut, Barbara, Thorne, Sally; Greig, Madeleine; Fulton, Adam; Janke, Robert; Vis-Dunbar, Mathew Canadá, 2019.	Revisión sistemática	Realizar una síntesis de los datos disponibles sobre la experiencia del personal de enfermería en relación con temas éticos y regulatorios vinculados a la prestación de la muerte asistida.	Síntesis de 6 artículos que recogen la experiencia de 55 enfermeras en el proceso de asistencia a la muerte en Canadá, Bélgica y Holanda. Para ello se incluyen la evidencia recogida sobre la política, práctica y las implicaciones éticas de este gremio y como de importante es su rol en este complejo proceso.
Nursing and euthanasia: A narrative review	Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J.,	Revisión narrativa	Proporcionar un análisis de los argumentos éticos en torno a la eutanasia	Análisis de diversos temas en el ámbito de la relación enfermera-paciente, ética o culpabilidad moral frente a la omisión, entre otros. La revisión

<p>of the nursing ethics literature.</p>	<p>Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K., y Janke, R. Canadá, 2020.</p>		<p>en relación con la práctica de enfermería.</p>	<p>identifica escasa bibliografía acerca del proceso de eutanasia a nivel internacional. Sin embargo, se pueden encontrar con facilidad diferentes posturas que permite un ejercer una reflexión no solo de las enfermeras, sino de cualquier profesional sanitario sobre su participación en el proceso de eutanasia.</p>
<p>Professional experiences of formal healthcare providers in the provision of medical assistance in dying (MAiD): A scoping review.</p>	<p>Ward, V., Freeman, S., Callander, T., y Xiong, B. Canadá, 2021.</p>	<p>Revisión sistemática exploratoria</p>	<p>Describir la literatura existente en relación con las experiencias del personal sanitario con la prestación de ayuda para morir</p>	<p>Recogida de diversas experiencias de los profesionales sanitarios sobre todo médicos y enfermeras al proveer eutanasia. Específicamente, la revisión recoge tanto emociones y pensamientos positivos como los negativos y los conflictos internos de estos profesionales en este proceso. Finalmente, esta revisión recalca la importancia de que los profesionales se apoyen entre sí por las intensas emociones que viven durante el proceso independientemente de su grado de implicación.</p>
<p>Effect of Euthanasia Education on the Views of Nursing Students</p>	<p>Yilmaz, Ş., y Özbek Güven, G. Turquía, 2022.</p>	<p>Estudio cuasiexperimental</p>	<p>Determinar la opinión de los estudiantes de enfermería sobre la eutanasia y evaluar cómo afecta la educación en la materia sobre la opinión de los estudiantes de enfermería.</p>	<p>Estudia si una formación previa sobre la eutanasia tiene efectos en las opiniones de los estudiantes de enfermería sobre este tema. Para ello, se utilizó el método semiexperimental pretest y postest, es decir, se hicieron test antes y después de la formación. Después de la formación, casi dos tercios de los encuestados indicaron que tenían un conocimiento amplio sobre el tema y muchas de las cuestiones previas habían desaparecido. Por tanto, este estudio demuestra que la educación puede cambiar el enfoque de los estudiantes, proporcionándoles conciencia ética sobre la eutanasia.</p>

<p>Provision of Medical assistance in dying: a scoping review.</p>	<p>Zworth, C. Saleh, I. Ball, G. Kalles, A. Chkaroubo, M. Kekewich, P.Q. Miller, M. Dees, A. Frolic, S. Oczkowski Canadá 2020.</p>	<p>Revisión exploratoria</p>	<p>Estudiar la literatura que existe en cuanto a los fármacos, entorno, participantes y resultados de la prestación de ayuda para morir, con el propósito de detectar carencias de conocimientos y posibles nuevas áreas de investigación para el futuro.</p>	<p>Análisis de múltiples artículos como estudios clínicos o guías prácticas que dan una visión general de la literatura existente con el fin de identificar área de futuras investigaciones y lagunas. Se presenta una tabla resumiendo los datos recolectados sobre artículos de suicidio asistido y eutanasia, así como su relevancia en la prestación de la asistencia médica en la muerte en Canadá.</p>
---	--	------------------------------	---	--

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Cuando hablamos de la participación de las enfermeras en la eutanasia, nos referimos a las responsabilidades que asumen en situaciones donde un paciente solicita este procedimiento. Esta participación incluye desde la documentación de la solicitud hasta la contribución en la toma de decisiones, la administración del fármaco y los cuidados *postmortem* (Pesut et al (2019a)).

La legalización de la eutanasia ha planteado dilemas éticos y morales para las enfermeras reguladas, quienes se enfrentan a decisiones complejas sobre su grado de implicación en esta nueva opción de atención. Por un lado, está la objeción de conciencia total, donde las enfermeras eligen abstenerse de participar en la atención por causas relacionadas con la preservación de la integridad moral. En el otro extremo está la participación completa en el proceso de eutanasia. En el medio, existen niveles de participación en la atención que pueden estar, o no, directamente vinculados con la provisión real de la eutanasia (Pesut et al., 2020c).

La aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, busca beneficios para la persona, pero también asegura los derechos y las intervenciones del equipo sanitario, incluyendo el respeto al derecho a la objeción de conciencia. La ley establece un procedimiento para la intervención después de un proceso deliberativo médico-paciente. Sin embargo, se observa un rol más pasivo asignado a la enfermera, alejándola del proceso comunicativo y de acompañamiento, limitándola a ser informada de la decisión. Cuando se decide realizar la eutanasia, se considera la participación de la enfermera en "la administración directa al paciente de una sustancia", según lo especifica el artículo 3, asignando esta responsabilidad al "profesional sanitario competente" (Carretero y Diaz, 2022).

Sin embargo, las enfermeras desempeñan una tarea específica en los cuidados paliativos, según lo reconocido en el apartado 3.18 de la Orden CIN/2134/2008. Este segmento establece que las enfermeras deben conocer las estrategias para implementar medidas de confort y atención de síntomas, tanto para el paciente como para la familia, en la aplicación de cuidados paliativos destinados a aliviar la situación de pacientes en fases avanzadas y terminales.

Las enfermeras, según lo descrito por Pesut et al (2019a), tienen roles y responsabilidades equiparables a las de los médicos en la evaluación y provisión de la PRAM. En relación con los roles de las enfermeras registradas, que también desempeñan funciones cruciales. Los roles derivados de estas responsabilidades incluyen tareas como participar en la evaluación de la aptitud del paciente y su

capacidad para la autoadministración, proporcionar información a pacientes y familias sobre PRAM, además de gestionar el proceso de esta. Por otro lado, se encargarán de preparar el equipo y el acceso intravenoso para el procedimiento, coordinar e informar al personal de atención médica sobre el procedimiento, documentar y registrar la atención enfermera proporcionada. Durante todo el proceso deberán prestar también apoyo y compañía a los seres queridos de los pacientes y proporcionar finalmente atención *posmortem*.

En buena medida, el debate se ha centrado en las responsabilidades que posee cada persona dentro de la eutanasia. Este ha sido llevado en el contexto canadiense, donde se ha encontrado que la importancia de la enfermera en este procedimiento se destaca de manera diferente en los documentos. Por una parte, se menciona que no se puede subestimar la importancia de la contribución de las enfermeras y otros integrantes del equipo interdisciplinario a esta intervención. En contraste, también se afirma que es esencial que las enfermeras comprendan que tendrán un rol limitado en la ayuda médica a morir. Esta minimización del rol de los enfermeros pretende resaltar la función única de las enfermeras practicantes y los médicos como evaluadores y proveedores de eutanasia (Pesut et al (2019a)).

Frente a esto, (Pesut et al, 2019a) realiza una descripción más detallada de las responsabilidades de los enfermeros durante la PRAM. Por un lado, trata la responsabilidad de conocimiento, que la describe como el cumplimiento de los estándares actuales, las políticas y la legislación, proporcionando información precisa con conocimientos, cuidado y habilidad apropiados. Por otro lado, cuando habla de la responsabilidad del cuidado, la explica como la promoción de la salud y el bienestar, escuchando y aliviando los elementos que causan sufrimiento. Busca entender y abordar las preocupaciones y solicitudes, preservando la dignidad, evaluando las necesidades culturales y espirituales, y construyendo así una relación terapéutica. Abordará también la que denomina “responsabilidad de procedimiento”. En cuanto a esta consiste en Proporcionar información precisa sobre la eutanasia y de escuchar, comprender y responder a las solicitudes de esta. Enfatiza el respaldo a la toma de decisiones informada y al derecho de retirar solicitudes. Además, subraya la participación en evaluaciones de elegibilidad, el cumplimiento de las condiciones legales, la comunicación efectiva en casos de dificultades y el respeto a la privacidad y confidencialidad, así como la posibilidad de contactar agencias pertinentes para asesoramiento o apoyo. Abordará también la responsabilidad moral que tienen las enfermeras en relación con la PRAM. En esta es importante mantener la neutralidad, evitando imponer opiniones o valores, y no utilizar la posición para influir o discriminar.

Se enfatiza la necesidad de asegurar que los propios sentimientos no afecten la atención, garantizando el respeto por los valores de los demás. Además, subraya la importancia de la reflexión individual y la evaluación basada en valores.

Finalmente (Pesut et al, 2019a) propone tres últimas responsabilidades: las colegiadas, sociales e institucionales. En cuanto a la primera explica que consiste en tratarse mutuamente con respeto, colaborando y dialogando. Asegurando así la continuidad y coordinación de la atención. La segunda de ellas implica la eliminación de la discriminación y asegura recursos para acceder a cuidados paliativos y eutanasia, además de la toma de decisiones equitativas en la asignación de recursos para quienes solicitan PRAM y promover la justicia. Por último, describe la responsabilidad institucional como la contribución al desarrollo de políticas del empleador sobre la eutanasia, consultando y buscando apoyo si la PRAM afecta la práctica, y documentando de manera adecuada y oportuna, y comunicando también la objeción de conciencia.

Por su parte, Bellon et al (2022), establece que la ley española solo menciona a las enfermeras en un par de instancias, indicando que el médico debe dar a conocer la voluntad del paciente a las enfermeras, y se introduce la presencia de la enfermera como parte de la CGyE. A diferencia de otros países, como por ejemplo la legislación canadiense define específicamente el rol de la enfermera en los pasos de la eutanasia, equiparando sus funciones a las de los médicos y enfermeras especialistas.

La primera enmienda al código penal canadiense establece que ambos profesionales pueden participar en la decisión, la evaluación de la persona y el acto de la eutanasia. En una legislación posterior, se detalla el proceso de notificación desde la solicitud del paciente hasta la finalización del procedimiento de eutanasia, permitiendo que tanto médicos como enfermeras especialistas participen por igual en el procesamiento y comunicación. En la enmienda más reciente, se amplía el proceso de evaluación y protección, incluyendo más casos y detallando el proceso según la condición del paciente, manteniendo la equiparación de roles entre médicos y enfermeras especialistas. Otros territorios, como los Países Bajos y Colombia, no han incluido específicamente el rol de la enfermera (Bellon et al, 2022).

A partir de investigaciones científicas e informes, se identifican roles y tareas que han sido asumidos por enfermeras durante el proceso de eutanasia. Los roles relacionados con el proceso incluyen el cuidado inicial y acompañamiento; la evaluación de la condición de la persona que hace la solicitud; el procedimiento de eutanasia y finalmente el *Debriefing* y notificación de la muerte. (Bellon et al, 2022):

En cuanto al cuidado inicial y acompañamiento, es la enfermera el encargado de realizar tareas como recibir la solicitud del médico o informar al médico acerca de la solicitud, además de conocer alternativas para ofrecer cuidados paliativos y apoyar el derecho de retirar la solicitud (Ward et al, 2021). También realiza acompañamiento previo para escuchar, comprender y responder las exigencias exhiban en esa situación. Del mismo modo, proporciona o facilita información precisa y apoya a los pacientes y a sus familiares (Pesut et al, 2019a).

En este sentido, el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia del Ministerio de Sanidad (2021), el *equipo asistencial* se refiere al grupo de personas que aseguran la continuidad en el proceso de tramitar la PRAM. Este equipo incluye a las enfermeras que están a cargo del cuidado del paciente. Entre las responsabilidades de este equipo se incluye la ayuda para morir con el máximo cuidado y profesionalismo en colaboración con el MR y la asistencia al paciente hasta su fallecimiento.

También forman parte del CGyE, el cual se encuentra en cada comunidad autónoma y ciudad, ya que es el organismo administrativo encargado de realizar la verificación pertinente para comprobar el cumplimiento de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE). Cada comisión está formada por al menos siete personas de diversas disciplinas, entre las que destacan médicos, enfermeras, abogados, y otros profesionales. Las funciones de este comité se pueden resumir en 10 puntos clave: el gestionar reclamos por denegación de la PRAM; dirimir los desacuerdos entre los integrantes de la CGyE asignados para verificar previamente el procedimiento; solucionar los conflictos de intereses que pueden presentarse productos del procedimiento; solicitar al centro sanitario, en caso de resolución satisfactoria tras una reclamación, realizar la PRAM; verificar previamente la realización de la prestación; elaborar un control posterior a realizar la PRAM por medio de verificación de documentos establecidos por la Ley; unificar criterios, hacer intercambio de buenas prácticas y realizar propuestas de mejora en los protocolos establecidos; ser órgano para consultar en su área concreta en cuanto a la aplicación de la LORE; realizar un informe anual que evalúe la aplicación de la LORE y finalmente otras funciones atribuibles a la comunidad autónoma o, el Ministerio de Sanidad en el caso de Ceuta y Melilla. Ministerio de Sanidad (2021)

De querer proseguir con el procedimiento médico, el Ministerio de Sanidad también establece que el MR será el responsable de informar al equipo de atención, en especial a las enfermeras. Además, si el paciente así lo solicita, se informará a la familia o

personas cercanas que el paciente designe. Si el paciente opta por seguir adelante con el proceso, el médico a cargo deberá obtener la firma del paciente en el documento de consentimiento informado (anexo 3). Este consentimiento se añadirá al historial médico del paciente.

De acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE, en términos generales, los profesionales de la salud que estén directamente involucrados en la PRAM y realicen acciones necesarias, directas y sin las cuales no sería posible llevar a cabo la eutanasia, podrían ejercer su derecho a objetar por razones de conciencia. Los médicos y enfermeras participantes en la fase final de la prescripción o administración y suministro de fármacos, los MR, MC y otros profesionales de la salud que podrían intervenir en el procedimiento si se requiere su participación, como los psicólogos clínicos, también podrían ejercer su derecho a la objeción por conciencia.

En respecto a la evaluación de la condición del paciente, en el proceso de trámite de solicitudes de eutanasia, se lleva a cabo una cuidadosa confirmación de si el paciente desea que su solicitud quede registrada en su historial clínico, prestando especial atención a sus deseos y preferencias. El análisis de las solicitudes implica una observación detallada, así como discusiones con familiares, médicos y enfermeras. Este análisis no solo se centra en el deseo real del paciente de someterse a la eutanasia, sino que también garantiza el estricto cumplimiento de las condiciones legales establecidas. Además, se participa activamente en la evaluación de la capacidad del paciente. En el proceso decidir, es crucial participar en las decisiones afines a la evaluación del paciente, proporcionar información relevante al médico y colaborar estrechamente con él para garantizar una toma de decisiones informada y ética en todo momento. Este enfoque integral aborda aspectos legales, éticos y médicos, asegurando un proceso claro y cuidadoso en el contexto de la eutanasia (Pesut et al, 2019b; Ward et al, 2021).

Este último, es esencial para el procedimiento, se manipula y se prepara para su administración, que se lleva a cabo a través de acceso intravenoso periférico (Zworth et al, 2020). Cabe destacar que los fármacos necesarios son suministrados por el farmacéutico, asegurando la correcta gestión y control de estas sustancias críticas en el contexto de la asistencia médica en la muerte. Este paso es crucial e implica una atención cuidadosa y precisa para garantizar la seguridad y eficacia del proceso en su conjunto.

En la administración de fármacos, se lleva a cabo la aplicación del fármaco letal, un paso esencial en procedimientos de asistencia en la muerte. Esto implica realizar la

eutanasia, dando apoyo al paciente o a sus familiares durante el proceso (Ward et al, 2021; Zworth et al, 2020). Además, se incluye la función de enseñar al médico si fuese necesario de cómo manejar la bomba de infusión, proporcionar los fármacos letales al médico y supervisar y colaborar con las acciones del médico durante la aplicación del procedimiento (Pesut et al, 2019a).

En España, de acuerdo con el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia, emitido por el Ministerio de Sanidad (2021), los fármacos aprobados (anexo 5) para la ayuda médica para morir se pueden administrar por vía intravenosa y vía oral. Sin embargo, en el caso de la eutanasia, solo se utiliza la vía de administración intravenosa. Se permite que el paciente elija entre tomar los fármacos por vía oral proporcionados por el personal de salud o bien abrir la válvula de la bomba de infusión para la administración intravenosa del fármaco. La sustancia y la dosis usadas varían según factores individuales como el peso del paciente, las alergias y el tratamiento farmacológico habitual.

En este mismo contexto, se establece que cuando sea factible, se deben preferir los viales o ampollas en lugar de las jeringas precargadas. Si la dosis del fármaco a administrar corresponde a un vial o ampolla entero, el médico o enfermera puede preparar el fármaco justo antes de administrarlo para disminuir los problemas relacionados con la estabilidad del fármaco.

Previamente se ha explorado el rol de la enfermera en las distintas fases de la asistencia a la eutanasia, desde la garantía de una atención de calidad hasta la administración directa o supervisada del fármaco que pone fin a la vida. En naciones que han legalizado la eutanasia, las enfermeras juegan un rol crucial al ofrecer atención de calidad, guiando y respaldando a los pacientes y sus familias, y participando en los procedimientos de cuidado (Bellens et al, 2020).

No obstante, las enfermeras pueden enfrentar restricciones ya que los roles que desempeñan en el proceso no están claramente definidos, lo que se evidencia en la carencia de pautas y protocolos específicos. Es importante señalar que la regulación de la práctica enfermera en el proceso de eutanasia presenta variaciones según el país, debido a las diferentes estructuras de administración pública. De acuerdo con Pesut et al (2019), algunos países cuentan con regulaciones a nivel regional, gestionadas por entidades externas como asociaciones profesionales, mientras que otros utilizan legislación directa, como leyes de profesiones de la salud.

Según Bellon et al (2022), en España, el rol de las enfermeras se encuentra dentro del proceso de evaluación, en países como Canadá, abarca la totalidad del proceso

(cuidado inicial, evaluación, procedimiento y notificación). En lugares como Bélgica, Luxemburgo, y Nueva Zelanda, los roles se encuentran establecidos de forma ambigua. Y, por último, en sitios como Holanda y Colombia, el rol de las enfermeras no se menciona.

Por todo lo expuesto, parece que ha evidenciado, existe un amplio camino por recorrer en relación con la PRAM. Es por esta razón que el estudio de esta área se ha estado impulsando desde diversas perspectivas. Una de las iniciativas se basa en la educación de enfermeras durante el pregrado. De acuerdo con Yilmaz y Özbek (2022), la educación puede modificar significativamente la orientación de los estudiantes del grado de enfermera hacia la eutanasia, proporcionando conciencia ética. La eutanasia y temas relacionados deberían incorporarse al plan de estudios. Se debería alentar a los alumnos a expresar sus opiniones y preguntas sobre la eutanasia. Los estudiantes deberían recibir educación ética para prepararlos para enfrentar problemas relacionados con la eutanasia en sus vidas profesionales.

CONCLUSIONES

La enfermera brinda cuidados que implica realizar procedimientos y técnicas con precaución debido a los riesgos que pueden surgir en distintos niveles de la atención. Además, proporciona una estructura organizada para evaluar, planificar, realizar y evaluar la atención a los pacientes, subrayando la importancia de considerarlo en su totalidad en el cuidado. En vista de estos conceptos, la enfermera es esencial en la PRAM, donde sus habilidades y cuidados son fundamentales para abordar las necesidades del paciente de manera integral.

El rol de las enfermeras en la PRAM es multifacético y abarca desde la evaluación inicial hasta la administración de fármacos letales, pasando por el acompañamiento emocional y el soporte a los pacientes y familiares. A través de esta revisión narrativa, se han explorado las competencias específicas de la enfermera en situaciones relacionadas con la eutanasia, destacando sus responsabilidades y roles dentro de este contexto.

La legalización de la PRAM ha colocado a las enfermeras en una posición central, especialmente en países donde esta legalizada. Se abarca desde la recepción de solicitudes hasta la colaboración en la toma de decisiones, la preparación de procedimientos y los cuidados postmortem. Sin embargo, se identifican desafíos éticos y prácticos que enfrentan enfermeras en este ámbito. Así mismo, en cuanto al rol de la enfermera en la eutanasia parece que también presenta una serie de limitaciones que convergen en un obstáculo importante a la hora de definir sus funciones. Al realizar el trabajo lo limitaron, la falta de protocolos en nuestro país, la falta de información en términos generales, exceptuando algunos países con legislación de hace algunos años en las cuales nos hemos basado.

En España, se reconoce el rol crucial de las enfermeras en los cuidados paliativos, pero, en la nueva legislación para la PRAM asigna un rol más pasivo a las enfermeras, alejándolas del proceso comunicativo y de acompañamiento, y limitándolas a ser informadas de la decisión.

La evolución de la legislación y la incorporación de protocolos específicos pueden contribuir a garantizar una atención de calidad y ética para los pacientes, lo cual sería una posible investigación futura.

Si bien la legalización de la eutanasia surge como respuesta a las necesidades de una sociedad en la que la medicina existente posibilita la prolongación de la vida, independientemente de la calidad de esta, se podría pensar que aún se encuentra en sus primeras etapas de desarrollo. Uno de los puntos más destacables de este estudio,

y que pone de manifiesto lo incompleto de la legislación vigente, es la disparidad en cuanto a la participación que se confiere a las enfermeras de otros países, que llevan más tiempo con la ley de la eutanasia implementada en comparación con las de España.

En el pasado en España, las enfermeras no tenían un rol definido debido a la ilegalidad de la eutanasia, pero ahora, con la legalización de la PRAM, se describen en detalle los requisitos y pasos del proceso, incluyendo la participación del personal sanitario, lo que implica a las enfermeras en este contexto. La investigación podría beneficiarse al explorar cómo enfrentan los desafíos éticos y prácticos identificados en este texto al participar en situaciones de asistencia para poner fin a la vida.

Con este trabajo pretendemos dar visibilidad a el proceso de la PRAM por parte de las enfermeras y por ello pretendemos que se proceda a la realización de protocolos ante esta nueva practica permitida en nuestro país.

En el primer gráfico se observa por años y país la cantidad de artículos elegidos, siendo de 2019 a 2022, los países son Canadá, Bélgica, España y Turquía. En el segundo grafico se observa por rama de estudio como enfermería, medicina y psiquiatría los participantes en los artículos elegidos. siendo de 2019 a 2022 mayormente elegidos por rama de estudio de enfermería (7 documentos).

BIBLIOGRAFÍA

- Alisent, R., Porta I Sales, J., Rodeles del Pozo, R., Gisbert Aguilar, A., Loncan Vidal, P., Muñoz Sánchez, D; Sanz Ortiz, J. (2002). Declaración sobre la eutanasia de la sociedad española de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 9(1), 37-40
- Altisent, R., Nabal, M., Muñoz, P., Ferrer, S., Delgado-Marroquín, M. T., y Alonso, A. (2021). Euthanasia: is this the law we need? *Atención Primaria*, 53(5), 102057.
- Aliya B (2017). The opinions about euthanasia among students in elderly care department of vocational school of health services at Bingol University. *Med Sci Int Med*. 7(2):277-82
- Álvarez A (2007). Algunos elementos para discutir la eutanasia. *Rev Fac Med UNAM*; 50(1):28-30.
- Al-Mahrezi, A., y Al-Mandhari, Z. (2016). Palliative Care: Time for Action. *Oman medical journal*, 31(3), 161–163. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.32>
- Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) (2021). Orgánica de regulación de la eutanasia en España. *Cuadernos de Bioética*, 32(106), 365-367. DOI: 10.30444/CB.109
- Arimany-Manso, J., Aragonès-Rodríguez, L., Gómez-Durán, E. L., Galcerán, E., Martín-Fumadó, C., y Torralba-Rosselló, F. (2017). El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones medicolegales y análisis de la situación de implantación en España. *Revista española de medicina legal*, 43(1), 35-40.
- Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) (2021). Orgánica de regulación de la eutanasia en España. *Cuadernos de Bioética*, 32(106), 365-367. DOI: 10.30444/CB.109
- Barrio IM, Simón P, Pascau J (2004). El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: Más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clin*. 14 (4):235-241 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862104738929>
- Bedrikow R (2020). La eutanasia desde la perspectiva bioética y la clínica ampliada. *Rev Bioét*. 28(3); 449- 54
- Bellens, M., Debien, E., Claessens, F., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2020). "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. *Journal of clinical nursing*, 29(3-4), 492–502. <https://doi.org/10.1111/jocn.15110>

- Bellon, F., Mateos, J. T., Pastells-Peiró, R., Espigares-Tribó, G., Gea-Sánchez, M., y Rubinat-Arnaldo, E. (2022). The role of nurses in euthanasia: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 134, 104286. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104286>
- Berghs, M., Dierckx de Casterlé, B., y Gastmans, C. (2005). The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 31, 441-446. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2004.009092>
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2002). 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. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2021). Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2018). Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Disponible en: [BOE-A-2018-10760 Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10760)
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal of Medicine*, 342(9), 654-656.
- Carretero, Á. H., y Díaz-Ropero, L. R (2022). El rol de enfermería en el proceso de eutanasia: una revisión sistemática. Disponible en:
- Carvajal C., Sergio, Portales V., Bernardita, y Beca I., Juan Pablo. (2021). Eutanasia: aclarando conceptos. *Revista médica de Chile*, 149(10), 1502-1506. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001502>
- Cáceres Lavernia, Haslen Hassiul, y Morales Morgado, Dunia. (2016). Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Humanidades Médicas*, 16(1), 175-192. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100012&lng=es&tying=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100012&lng=es&tying=es)
- Castro MPR, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade VLÁ (2016). Eutanasia e suicidio asistido em países ocidentais: revisado sistemática. *Rev Bioét.* 24(2); 30- 4

- Chiliquinga, E. N. C. (2020). Evolución histórica de la Medicina Legal y Forense en el Ecuador. *RECIMUNDO*, 4(4), 81-91.
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/928/1495>
- Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 2009. (Consultado el 09 de diciembre de 2023.) Disponible en:
<https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/codigo-penal-federal>.
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (2021). Ley orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia: contenido y papel de la enfermera. Madrid: CODEM
- Creagh Peña M (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Rev Cuba Salud Pública*.38(1); 150-5
- De Beer, T., Gastmans, C., y Dierckx de Casterlé, B. (2004). Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *Journal of medical ethics*, 30(5), 494-498.
doi: <https://doi.org/10.1136/jme.2003.004028>
- De Luna, D. (2019). Problemática y definiciones en torno a la eutanasia. *Luxiérnaga-Revista de Estudiantes de Filosofía*, 9(17), 13-22.
- Díez Fernández, J. A. (2023). *DERECHO A LA EUTANASIA Y OBJECIÓN DE CONCIENCIA: NOVEDADES DE LA LEY ESPAÑOLA Y PANORAMA INTERNACIONAL*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10156440>
- Dubón-Peniche, María del Carmen, y Bustamante-Leija, Luis E.. (2020). Entre la enfermedad y la muerte: «Eutanasia». *Cirugía y cirujanos*, 88(4), 519-525.
<https://doi.org/10.24875/ciru.18000626>
- Dubón-Peniche, María del Carmen, y Bustamante-Leija, Luis E.. (2020). Entre la enfermedad y la muerte: «Eutanasia». *Cirugía y cirujanos*, 88(4), 519-525.
<https://doi.org/10.24875/ciru.18000626>
- Eutanasias practicadas y rechazadas por comunidad de España 2022. (2023). Statista.
<https://es.statista.com/estadisticas/1316008/eutanasias-practicadas-y-rechazadas-por-cc-aa-de-espana/>
- Félix Z, Geraldo S, Marques A, Garrido C, Costa M, Medeiros F (2013). La eutanasia, distanasia y ortotanasia: una revisión integradora de la literatura. *Ciência y Saúde Coletiva*; 18:2733-46

- Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo Á, Herranz-Martínez JA, et al. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Gac Médica Bilbao*. 2015;112(4):216-8
- Govt.nz. (2022) Recuperado el 17 de mayo de 2024, de <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/registrars-assisted-dying-annual-report-jun22.pdf>
- Guijo Estévez, A. La regulación de la eutanasia en España y su posible despenalización= The regulation of the euthanasia in Spain and its possible decriminalization. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de León. <https://buleria.unileon.es/handle/10612/13139>
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Resultados de la encuesta del ICOMEM sobre la regularización de la eutanasia. [en línea]. Disponible en: https://www.icomem.es/adjuntos/publicaciones_interes/publicacion_interes_23_1576316414.pdf.
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). Recuperado de <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>
- Karsoho H, Fishman JR, Wright DK (2016). Suffering and medicalization at the end of life: the case of physician-assisted dying. *SocSci Med*, 170: 188-196
- Lizcano Chapeta, Carlos Javier, Chamorro Valencia, Diego Xavier, y Pantoja Burbano, Miriam Janneth. (2021). Enfoque jurídico y social de la eutanasia. ¿Derecho a morir dignamente?. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 9(spe1), 00098. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.3008>
- Lozano Villodres, L. (2021). Análisis sobre el rol de la enfermería en la Ley de Eutanasia en España. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Alicante. <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/115461>
- Luxembourg: euthanasia 2022 | Statista. (2023). Retrieved May 8, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/1364036/luxembourg-euthanasia/#statisticContainer>
- Marín-Olalla Fernando (2018). Euthanasia: a 21st century right. *Gac Sanit* 32(4): 381-382. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.007>
- Martínez, G. C. (2022). La eutanasia en España. Estudio sociológico sobre la legalización y regulación de la prestación de ayuda para morir. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, (29), 193-220.

- Martínez-León, M., Velaz, J. F., Burón, D. Q., y Martínez-León, C. (2022). Estudio médico legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. *Revista Española de Medicina Legal*. 48(4); 166-174. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2022.01.003>
- Michellini, Dorando J.. (2010). Dignidad humana en Kant y Habermas. *Estudios de filosofía práctica e historia de las ideas*, 12(1), 41-49. Recuperado en 10 de diciembre de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-94902010000100003&lng=es&tying=es.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. Boe. 19 de julio de 2008; 40:8351-5
- Ministerio de salud de Canadá. (2023). Canada.ca. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2021.html#a1>
- Ministerio de Sanidad (2021). Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022). Informe Anual sobre la Prestación de Ayuda para Morir. Ministerio de Sanidad. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf
- Mughal, A., y Evans, C. (2020). Views and experiences of nurses in providing end-of-life care to patients in an ED context: a qualitative systematic review. *Emergency medicine journal: EMJ*, 37(5), 265–272. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-208278>
- Organización Mundial de la Salud. Technical paper: ethics of medicine and health. (Consultado el 08 de diciembre de 2023.) Disponible en: http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf.
- Parejo Guzmán, M. J. (2005). *La eutanasia, ¿un derecho?*. Thomson Reuters Aranzadi. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=254480>

- Pesut B, Thorne S, Stager ML, et al (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. *Policy, Politics, y Nursing Practice*; 20(3):113-130. doi:10.1177/1527154419845407
- Pesut, Barbara, Thorne, Sally; Greig, Madeleine; Fulton, Adam; Janke, Robert; Vis-Dunbar, Mathew (2019). Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurses' Experiences with Assisted Death: A Synthesis. *Advances in Nursing Science* 42(3):216-230, DOI: 10.1097/ANS.0000000000000276
- Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K., y Janke, R. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing ethics*, 27(1), 152–167. <https://doi.org/10.1177/0969733019845127>
- Porter K, y Warburton KG (2018), Physicians' views on current legislation around euthanasia and assisted suicide: Results of surveys commissioned by the Royal College of Physicians. *Future Healthc J.* 5(1); 30-4
- Real Academia Española. (2021). Diccionario de la lengua española (versión 23.4 en línea), 23. Obtenido de <https://dle.rae.es/eutanasia>
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueban los conjuntos mínimos de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE. Publicado el 29 de septiembre de 2010. Disponible en BOE-A-2010-14199 Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Van der Heide A (2013). Assisted suicide and euthanasia. *HandbClinNeurol*, 118: 181-189.
- Ward, V., Freeman, S., Callander, T., y Xiong, B. (2021). Professional experiences of formal healthcare providers in the provision of medical assistance in dying (MAiD): A scoping review. *Palliative and Supportive Care*, 19(6), 744-758. doi:10.1017/S1478951521000146
- Yael Alvarez, M. (2023). *Eutanasia y suicidio asistido: la asistencia para morir desde la perspectiva de enfermería* [Tesis de maestría, FLASCO]. <http://hdl.handle.net/10469/20061>
- Yilmaz, Ş., y Özbek Güven, G. (2022). Effect of Euthanasia Education on the Views of Nursing Students. *Ethiopian journal of health sciences*, 32(5), 975–984. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i5.13>

Zworth, C. Saleh, I. Ball, G. Kalles, A. Chkaroubo, M. Kekewich, P.Q. Miller, M. Dees, A. Frolic, S. Oczkowski (2020). Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open*, 10 (7): e036054, DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036054



DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

OTROS DESEOS que me gustaría comunicar a mi familia, allegados y/o representante:
(Si lo desea, puede señalar con una X los cuadros correspondientes)

1. **TRAS MI FALLECIMIENTO**, manifiesto mi deseo de que mi cuerpo sea:
 INHUMADO INCINERADO DONADO A LA CIENCIA
 Si no es posible donarlo a la ciencia, deseo que mi cuerpo sea: INHUMADO INCINERADO
- Si usted necesita información adicional, sobre donación del cuerpo a la ciencia, puede ponerse en contacto con el Departamento de Anatomía e Histología Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Teléfonos: 974761607 y 974761664. E-mail: act1003@bzaz.es <http://www.saludinforma.es/areas/act1003>
2. **EN CASO DE ESTAR EMBARAZADA** deseo que la aplicación de este documento sea aplazada hasta finalizar el embarazo.
 Sí No No se manifiesta
3. Deseo recibir **ASISTENCIA RELIGIOSA** Sí No No se manifiesta
 En caso afirmativo, especificar de qué tipo): _____
4. Si se dan las circunstancias adecuadas, **MANIFIESTO MI DESEO DE MORIR EN:**
 Mi domicilio El hospital No se manifiesta
5. **OTROS DESEOS:** _____

SOPORTE LEGAL

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- 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.
- Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de Derecho de la persona.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente formato automatizado de datos de carácter personal.
- LEY 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo 15, en lo relativo a las Voluntades Anticipadas.
- LEY 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- LEY ORSÁNICA 20/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

PROTECCIÓN DE DATOS

- En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos UE 2016/679, le informamos que los datos que nos proporciona de manera directa se incorporarán a tratamientos cuyo responsable es Dirección General de Derechos y Garantías del Usuario del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Finalidad: Gestión telemática de trámites e información. Los datos recogidos sirven para gestionar las solicitudes de los usuarios, así que se realicen perfiles de ningún tipo ni explotaciones estadísticas sin anonimizar.
- Legitimación: Ejercicio de Poderes Públicos en base al Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragones de Salud.
- Destinatarios: No se cesarán datos a terceros ajenos a la propia Administración responsable del Tratamiento, salvo obligación legal. No se realizarán transferencias de datos a terceros países, salvo obligación legal.
- Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en www.saludinforma.es/portales/web/saludproteccion-datos

Página 5 | 5



DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

INFORMACIÓN PARA TRAMITAR ESTE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

NOTA: Si cumplimenta este documento a mano, escriba por favor con letra clara (en mayúsculas se entiende mejor)

OTORGANTE: Es la persona que firma el DVA.

REPRESENTANTES: No es obligatorio nombrarlos, pero puede ser útil disponer de ellos. Han de ser mayores de edad y deben aceptar cumplir con el compromiso de representarle en el futuro si fuera necesario. En ese caso serían los interlocutores válidos con los profesionales sanitarios. No hay límites en cuanto al parentesco.

TESTIGOS: Se necesitan dos. Los testigos no adquieren ningún compromiso de cara al futuro. Solo dan fe de que el interesado ha hecho su DVA de forma voluntaria. Estos deben ser mayores de edad, con plena capacidad de obrar y al menos uno de ellos sin relación de parentesco hasta el segundo grado y sin vínculos de relación patrimonial alguna con el otorgante. Podrían ser testigos, profesionales de los centros sanitarios y servicios en los que se tramita el DVA, siempre que consentan y asistan personalmente a la persona que tramita su DVA.

- Capacidad de obrar es tener aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación.
- Parentesco hasta el segundo grado incluye: padres, suegros, hijos/as yernos, nueras, abuelos, hermanos, cuñados y nietos.
- Por "relación patrimonial" se entiende relaciones de carácter económico entre el testigo y otorgante del DVA.

DOCUMENTACIÓN IDENTIFICATIVA: Junto al DVA necesita aportar, para su comprobación, documentos de identidad (DNI, NIE o Pasaporte) originales o fotocopias compulsadas de todas las personas que firman en el DVA, otorgante, testigos y, en su caso, representantes.

¿DÓNDE SE PUEDE PRESENTAR EL DVA? Se puede entregar en:

- **Servicios de Información y Atención al Usuario (SIAU)** de cualquier centro sanitario.
- Centros de Salud (Servicio de Admisión).
- Servicios Provinciales del Departamento de Sanidad ubicados en:

- Zaragoza: Paseo de María Agustín, 16, 50004 Zaragoza. Teléfono Cita previa: 976715851
- Huesca: C/ San Jorge, 85, 22003 Huesca. Teléfono Cita previa: 974247185
- Teruel: C/ Joaquín Anau, 22 4ª planta, Teruel. Teléfono Cita previa: 978654018

• Registro de Voluntades Anticipadas (RVA) de manera presencial.

Para acudir al RVA ha de solicitar cita previa mediante:

- La web de Saludinforma en [Cita para Voluntades Anticipadas](#)
- La aplicación para móvil Saludinforma (en Google Play y App Store)
- Por teléfono: 976306841 / 978623345 / 974215746

Por otro postal (ver dirección arriba). En este caso, deben enviar el DVA acompañado de fotocopias compulsadas de documento identificativo (DNI, NIE, Pasaporte) de todos los firmantes. Si el DVA se ha hecho ante notario debe remitir copia autorizada del acta notarial.

• **Nota:** a fecha de revisión de este documento, no es posible la tramitación telemática de este procedimiento.

¿LO PUEDE TRAMITAR UNA PERSONA DISTINTA AL OTORGANTE? Sí. De la misma manera que se puede enviar por correo, no es necesaria la presencia ni del otorgante ni testigos ni representantes, siempre que la persona que entregue el DVA aporte documentos identificativos de todos los firmantes (originales o copias compulsadas).

OTROS MODELOS DE DVA. Pueden ser válidos otros modelos que confeccione el propio usuario siempre que recopien las voluntades que manifiesta el mismo, vaya firmado por el interesado y sea testigo, y representantes en caso de que los hubiera, y no contengan alusiones contrarias a la legalidad vigente o a la práctica médica.

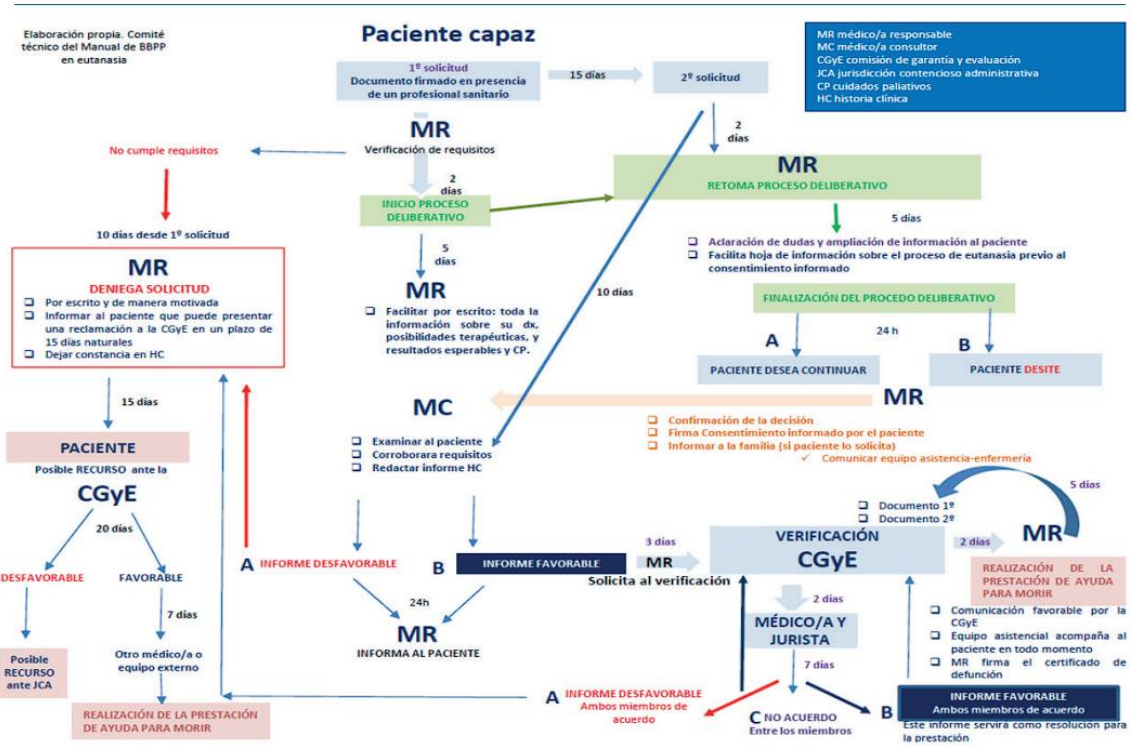
NOTIFICACIÓN DEL REGISTRO. Una vez registrado, recibirá una notificación en su domicilio en la que además se le explica cómo puede acceder a su documento a través de internet.

¿DÓNDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

- En la web www.saludinforma.es
- Por correo electrónico a: rva@aragon.es
- Por Teléfono: 976715361 / 976306841 / 978623345 / 974215746 / 976715781

(Rev. 22/07/2021)

Anexo 2. Procedimiento diagramado del proceso de solicitud la PRAM



Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR. (FINALIZACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO MÉDICO/A RESPONSABLE-PACIENTE)

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE

D. /Dña.: _____ con DNI/NIE nº _____
Fecha de nacimiento: _____
Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses: _____
Sexo: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ y CP: _____
Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior): _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACION RECIBIDA

- He sido informado/a adecuadamente, de forma verbal y por escrito, por el equipo sanitario responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión de forma voluntaria, libre y consciente.
- He recibido una copia de la información, en la que se incluye la información que existe actualmente, sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la Cartera Común de Servicios y a las prestaciones a las que tengo derecho, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia.

Esta documentación se me ha facilitado en formatos adecuados y adaptados.

- He formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia (Indicar otros medios): _____

- Que mi voluntad la ejerzo con absoluta libertad de decisión y sin presión externa de cualquier índole.

- El médico/a responsable ha certificado:

- que sufro una enfermedad grave e Incurable
- que sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante
- que actúo de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicito.

- He sido informado de que un médico/a consultor/a me examinará y corroborará que se dan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.

- He sido informado que puedo elegir entre las dos modalidades posibles de prestación de ayuda a morir:

- ✓ La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. En este caso el médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.
- ✓ La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. En este caso, el médico/a responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.
- ✓ Informado del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.

- De las dos modalidades posibles, de las cuales he sido informado/a previamente, escojo la siguiente:

- La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente.
 La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte.

- En el caso de elección de la autoadministración por vía oral:

- ✓ Si existiera alguna complicación durante la autoadministración oral, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa....
- ✓ Si el tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento letal y mi fallecimiento se prolongara más allá de lo esperado, autorizo al médico responsable a utilizar la modalidad intravenosa

- He sido informado de mi derecho a desistir en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso una vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido por la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma.

- He sido informado que puedo desistir y rechazar el ejercicio de mi derecho en cualquier momento previo a la efectiva realización de la prestación de ayuda a morir. Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.
- He sido informado sobre el procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido informado de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.
- He sido informado sobre el procedimiento de consulta al/la médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
- He sido informado/a de mi derecho a mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable para aclarar cualquier duda.
- He sido informado/a de mi derecho de acompañamiento de persona o personas, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado/a que la prestación de ayuda a morir se hará con el máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con toda la previa información:

3.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PARA LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.: _____ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente. _____

Firmado: El/la Médico Responsable. _____

Fecha: _____

4.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE DESISTIR/REVOCAR MI SOLICITUD DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.: _____ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE REVOCAR MI SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

- Don/Doña: _____
- Don/Doña: _____

Firmado: El/la paciente. _____

Firmado: El Médico/a Responsable. _____

Fecha: _____

Anexo 4. Fármacos aprobados en España para PRAM

Dosis necesaria		Nombre comercial	Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación
Principio Activo					
Premedicación (IV)					
Midazolam HCl	5-20 mg	MIDAZOLAM NORMON 15 mg/3 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla de 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg- 4 ml
		MIDAZOLAM NORMON 5 mg/5 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla de 5 ml	1 mg/ml	5 mg - 5 ml 15 mg - 15 ml 20 mg - 20 ml
		MIDAZOLAM NORMON 50 mg/10 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla de 10 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM ACCORD 5 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla de 1ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg- 4 ml
			Ampolla de 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
			Ampolla 10 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM REIG JOFRE 15 mg/3 ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM SALA 15mg/3ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 3 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM SALA 5mg/5ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 5 ml	1 mg/ml	5 mg - 5 ml 15 mg - 15 ml 20 mg - 20 ml
		MIDAZOLAM SALA 50mg/10ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
MIDAZOLAM SERRACLINICS 15mg/3ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 3 ml	5 mg/ml			

		MIDAZOLAM SERRACLINICS 5 mg/ ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 1 ml	5 mg/ml	5 mg - 1 ml 15 mg- 3 ml 20 mg - 4 ml
		MIDAZOLAM SERRACLINICS 5mg/5ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 5 ml	1 mg/ml	5 mg - 5 ml 15 mg - 15 ml 20 mg - 20 ml
Anestésico Local (IV)					
Lidocaina HCl	40 mg	LIDOCAINA B. BRAUN 10 mg/ml solución inyectable	Ampolla 10 ml	10 mg/ml	40 mg - 4 ml
		LIDOCAINA B. BRAUN 20 mg/ml solución inyectable	Ampolla 10 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml
		LIDOCAINA KABI 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	10 mg/ml	40 mg - 4 ml
		LIDOCAINA KABI 20 MG/ML SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml
		LIDOCAINA NORMON 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 10 ml	10 mg/ml	40 mg - 4 ml
		LIDOCAINA NORMON 20 mg/ml SOLUCION INYECTABLE EFG	Ampolla 5 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml
			Ampolla 10 ml	20 mg/ml	40 mg - 2 ml

Dosis necesaria		Nombre comercial	Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación	
Principio Activo						
Inductores del coma						
Tiopental sódico	2000 mg	TIOBARBITAL BRAUN 0,5 G	Polvo y disolvente	500 mg	2000 mg - 4 viales	
		TIOBARBITAL BRAUN 1 G	Polvo y disolvente	1000 mg	2000 mg - 2 viales	
Propofol (con TG de cadena media)	1000 mg	PROPOFOL LIPURO 10 mg/ml EMULSIÓN INYECTABLE Y PARA PERFUSIÓN	Ampolla 20 ml	10 mg/ml	1000 mg - 5 ampollas	
			Vial 50 ml	10 mg/ml	1000 mg - 2 viales	
			Vial 100 ml	10 mg/ml	1000 mg - 1 vial	
		PROPOFOL LIPURO 20 mg/ml EMULSIÓN INYECTABLE y PARA PERFUSIÓN	Vial 50 ml	20 mg/ml	1000 mg - 1 vial	
			PROPOFOL BAXTER 10MG/ML EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 20 ml	10 mg/ml	1000 mg - 5 viales
				Vial 50 ml	10 mg/ml	1000 mg - 2 viales
		PROPOFOL BAXTER 20MG/ML EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 100 ml	10 mg/ml	1000 mg - 1 vial	
			Vial 50 ml	20 mg/ml	1000 mg - 1 vial	
		PROPOFOL LIPOVEN FRESENIUS 10 mg/ml EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	Ampolla 20 ml	10 mg/ml	1000 mg - 5 ampollas	
			Vial 50 ml	10 mg/ml	1000 mg - 2 viales	
Vial 100 ml	10 mg/ml		1000 mg - 1 vial			
PROPOFOL LIPOVEN FRESENIUS 20 mg/ml EMULSION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	Vial 50 ml	20 mg/ml	1000 mg - 1 vial			
	Vial 100 ml	20 mg/ml	1000 mg - 0,5 vial			

Principio Activo	Dosis necesaria	Nombre comercial	Presentación	Concentración	Dosis necesaria/volumen según presentación	
Bloqueante Neuromuscular (IV)						
Rocuronio bromuro	150 mg	ESMERON 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION	Vial 5 ml	10 mg/ml	150 mg - 3 viales (15 ml)	
		ROCURONIO B. BRAUN 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla 5 ml	10 mg/ml	150 mg - 3 ampollas (15ml)	
		ROCURONIO KABI 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 5 ml	10 mg/ml	150 mg - 3 viales (15ml)	
		ROCURONIO TAMARANG 10 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 5 ml	10 mg/ml	150 mg - 3 viales (15ml)	
			Vial 10 ml	10 mg/ml	150 mg - 1,5 viales (15 ml)	
Atracurio besilato	100 mg	TRACRIUM 10 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE Y PARA PERFUSIÓN	Ampollas 2,5 ml	10 mg/ml	100mg - 4 ampollas (10ml)	
			Ampollas 5 ml	10 mg/ml	100mg -2 ampollas (10ml)	
Cisatracurio besilato	30 mg	CISATRACURIO NORMON 2 mg/ml SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Vial 5 ml	2 mg/ml	30 mg - 3 viales (15 ml)	
			Vial 10 ml	2 mg/ml	30 mg - 1,5 viales (15 ml)	
		CISATRACURIO PFIZER 2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla 5 ml	2 mg/ml	30 mg - 3 ampollas (15 ml)	
				Ampolla 10 ml	2 mg/ml	30 mg - 1,5 ampollas (15 ml)
		CISATRACURIO SALA 2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Y PARA PERFUSION EFG	Ampolla 5 ml	2 mg/ml	30 mg - 3 ampollas (15 ml)	
			Ampolla 10 ml	2 mg/ml	30 mg - 1,5 ampollas (15 ml)	
		NIMBEX 2 mg/ml SOLUCION INYECTABLE/PERFUSION	Ampolla 5 ml	2 mg/ml	30 mg - 3 ampollas (15 ml)	
		Ampolla 10 ml	2 mg/ml	30 mg - 1,5 ampollas (15 ml)		