



---

**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

## **Trabajo Fin de Grado**

### **Abordaje del proceso de la eutanasia y la intervención de enfermería.**

Alicia Silverio Hernández

Tutelado por: Ana María Fernández Araque

Soria, 25 mayo de 2023.



## Resumen

### Introducción:

Para debatir sobre los cuidados al final de la vida debemos conocer qué es una enfermedad terminal, un síntoma refractario y que los objetivos de los tratamientos variarán dependiendo de la enfermedad. La medicina paliativa es el tratamiento ideal para los pacientes terminales, pero cuando se agotan todas las posibilidades de tratamientos paliativos sin reducir el sufrimiento se recurre a las opciones de último recurso entre las que se encuentran la Eutanasia y el Suicidio Medicamente Asistido.

### Objetivos:

Conocer las principales leyes que regulan la eutanasia a nivel nacional e internacional, el procedimiento a seguir durante esta y las actuaciones desempeñadas por los profesionales de enfermería.

### Metodología:

Se utilizaron como bases de datos PUBMED, CINAHL y SCOPUS. Para la búsqueda de textos legales y protocolos oficiales se consultaron páginas oficiales como la del Boletín Oficial del Estado (BOE), Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) y la página oficial de Salud de Castilla y León (Portal de salud de Castilla y León). También se consultó la página de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente y profesionales especializados en los cuidados al final de la vida y que desarrollan su trabajo en unidades de cuidados paliativos

### Resultados:

Se expone brevemente las leyes que regulan la Eutanasia alrededor del mundo y los requisitos exigidos en ellas. Se presenta la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de 2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE) que legalizó la eutanasia en España, se enumeran los criterios para acceder a ella y se exponen, basándonos en manuales elaborados en la Comunidad de Castilla y León, las fases en las que se divide el proceso de la eutanasia y las funciones desempeñadas por los profesionales de enfermería durante este proceso.

### Conclusión:

El proceso de eutanasia se divide en 9 etapas y puede realizarse mediante dos modalidades en las que intervienen los profesionales de enfermería. Actualmente, no existen manuales que describan las funciones de los profesionales de enfermería durante la Eutanasia, sin embargo, basándonos en diferentes publicaciones científicas podemos saber que actuaciones realizan estos profesionales.

**Palabras clave:** eutanasia en España, procedimiento eutanasia, funciones de enfermería en la eutanasia, eutanasia en Castilla y León.

## Abstract

### Introduction:

In order to discuss end-of-life care, we must know what a terminal illness and a refractory symptom is, and that the treatment objectives will vary depending on the disease. Palliative medicine is the ideal treatment for terminally ill patients, but when all the possibilities of palliative treatment are exhausted without reducing suffering, last resort options are used, among which are Euthanasia and Medically Assisted Suicide.

### Objectives:

Know the main laws that regulate euthanasia at a national and international level, the procedure to follow and the actions carried out by nursing professionals.

### Methodology:

PUBMED, CINAHL and SCOPUS were used as databases. To search for legal texts and official protocols, official pages such as the Official State Gazette (BOE), Official Gazette of Castilla y León (BOCYL) and the official Health page of Castilla y León (Castilla y León Health Portal) were consulted. The page of the Federal Association Right to Die with Dignity and professionals specialized in end-of-life care and who carry out their work in palliative care units were also resorted to.

### Results:

The laws that regulate Euthanasia around the world and the requirements demanded in them are briefly exposed. The Organic Law 3/2021 of March 24, 2021 on the Regulation of Euthanasia (LORE) that legalized euthanasia in Spain is presented, the criteria to access it are listed and exposed. Based on manuals prepared in Comunidad de Castilla y León, the phases into which the euthanasia process is divided and the functions performed by nursing professionals during this process are explained.

### Conclusion:

The euthanasia process is divided into 9 stages and can be carried out through two modalities in which nursing professionals are involved. Currently, there are no manuals that describe the functions of nursing professionals during Euthanasia, however, based on different scientific publications, we can know what actions these professionals carry out.

**Key words:** euthanasia in Spain, euthanasia procedure, nursing roles during in euthanasia, euthanasia in Castilla y León.

## ÍNDICE

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.Introducción.....                                                                        | 1  |
| 2.Justificación.....                                                                       | 2  |
| 3.Objetivos.....                                                                           | 2  |
| 4.Metodología.....                                                                         | 3  |
| 5. Resultados y discusión.....                                                             | 3  |
| 5.1. Evolución del suicidio asistido, los cuidados al final de la vida y la eutanasia..... | 3  |
| 5.2. Requisitos para acceder a la prestación de ayuda para morir en España.....            | 5  |
| 5.3. Fases del proceso de prestación de ayuda para morir.....                              | 5  |
| 5.3.1. Manifestaciones del paciente.....                                                   | 5  |
| 5.3.2. Primera solicitud.....                                                              | 6  |
| 5.3.3. Proceso deliberativo paciente-médico/a responsable.....                             | 7  |
| 5.3.4. Segunda solicitud.....                                                              | 7  |
| 5.3.5. Firma del consentimiento informado.....                                             | 7  |
| 5.3.6. Informe del médico/a consultor/a.....                                               | 8  |
| 5.3.7. Verificación de los informes por parte de la CGE.....                               | 8  |
| 5.3.8. Realización de la prestación de ayuda para morir.....                               | 9  |
| 5.3.8.1. Administración directa por un profesional sanitario.....                          | 9  |
| 5.3.8.2. Prescripción o suministro de la sustancia para su autoadministración.....         | 10 |
| 5.3.9. Certificación del fallecimiento.....                                                | 10 |
| 5.4. Funciones de los profesionales de enfermería durante el proceso de eutanasia.....     | 11 |
| 5.5. Limitaciones del estudio.....                                                         | 12 |
| 6. Conclusiones.....                                                                       | 12 |
| Bibliografía.....                                                                          | 13 |

|                                                                                                |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Anexos.....                                                                                    | I    |
| Anexo A. Términos empleados en los protocolos y manuales sobre la eutanasia.....               | I    |
| Anexo B. Estrategia de búsqueda en tabla 1.....                                                | II   |
| Anexo C. Evolución de las prácticas de ayuda para morir en Colombia y EEUU en tabla 2 y 3..... | III  |
| Anexo D. Requisitos para acceder a la eutanasia.....                                           | IV   |
| Anexo D.1. En Holanda.....                                                                     | IV   |
| Anexo D.2. En Bélgica.....                                                                     | V    |
| Anexo D.3. En el estado de Victoria (Australia).....                                           | V    |
| Anexo D.4. En Luxemburgo.....                                                                  | V    |
| Anexo D.5. En Canadá.....                                                                      | V    |
| Anexo E. Informes incluidos en el expediente del paciente.....                                 | VI   |
| Anexo F. Actuaciones a realizar en caso de ser objetor de conciencia.....                      | VI   |
| Anexo G. Valoración de la Situación de Incapacidad de Hecho.....                               | VII  |
| Anexo H. Medicamentos recomendados para la eutanasia en tabla 5 y 6.....                       | VIII |
| Anexo I. Recomendaciones prácticas a seguir durante la eutanasia.....                          | X    |
| Anexo I.1. Modalidad de administración directa por un profesional.....                         | X    |
| Anexo I.2. Modalidad de prescripción o suministro para su autoadministración por vía oral....  | X    |
| Anexo J. Registro en la historia clínica del paciente.....                                     | XI   |
| Anexo K. Verificación posterior por la comisión de garantía y evaluación.....                  | XI   |

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

|                                                                               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Tabla 1. Estrategia de búsqueda.....                                          | Anexo B |
| Tabla 2. Evolución de la legalización de la eutanasia en Colombia.....        | Anexo C |
| Tabla 3. Evolución de la legalización del suicidio asistido en EEUU.....      | Anexo C |
| Tabla 4. Posibles resultados del informe de los miembros del CGE.....         | 9       |
| Tabla 5. Medicamentos de la modalidad de administración directa.....          | Anexo H |
| Tabla 6. Medicamentos de la modalidad de autoadministración por vía oral..... | Anexo H |

## 1. Introducción

El término de eutanasia nace por la reflexión que hace la cultura sobre los cuidados al final de la vida (Ramos Pozón, 2019).

Para iniciar esta reflexión es necesario conocer qué una enfermedad terminal, es un padecimiento progresivo e irreversible, sin posibilidad de cura y un pronóstico de vida inferior a los 6 meses durante el que se suceden varias fases: la terminal expresa el pronóstico de vida del paciente en meses; la preagónica en semanas y la agónica en la que el pronóstico es de unos pocos días de vida. Además, hay que tener en cuenta que los tratamientos médicos tienen objetivos diferentes dependiendo de la enfermedad pudiendo clasificarlos en: curativos si buscan aumentar la supervivencia y actúan frente a la enfermedad; paliativos si buscan mejorar la calidad de vida y están dirigidos contra los síntomas de una enfermedad sin cura y tratamientos de la fase agónica cuando intentan mejorar la calidad de la muerte (Sánchez González, 2021, 299-309).

Otra definición importante a tener en cuenta es la de síntoma refractario, que son aquellos que no se pueden controlar adecuadamente sin reducir la consciencia del enfermo (Acedo Claro & Rodríguez Martín, 2021, p.97).

En los últimos años los profesionales de medicina, han comenzado a darle más importancia y a preocuparse más por aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, haciendo que surjan técnicas y especialidades centradas en el alivio del dolor como la medicina paliativa que puede definirse como el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no puede ser curada, siendo fundamental el control del dolor, los síntomas y los problemas psicológicos, sociales y espirituales (Organización Mundial de la Salud, 2020) (Sánchez González, 2021, 299-309).

El tratamiento ideal que deben recibir los pacientes con enfermedades terminales es uno basado en Cuidados Paliativos, sin embargo, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de los pacientes tratados en estas unidades decían tener un dolor intenso, se ha ido haciendo más aceptable recurrir a otras opciones de tratamiento como último recurso cuando los síntomas alcanzan un nivel de severidad y se han agotado las posibilidades de cuidados paliativos como por ejemplo: el *manejo proporcionado a la intensidad del dolor y los síntomas* aumentando las dosis de opiáceos; la *denegación o retirada de tratamientos de soporte vital* o limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico; la *renuncia voluntaria a la hidratación y alimentación artificial*; la *sedación*, es muy utilizada y puede ser *ordinaria*, si disminuye el nivel de ansiedad, agitación o insomnio sin disminuir el nivel de consciencia; *sedación paliativa proporcional* si es reversible y con dosis crecientes de fármacos tranquilizantes disminuye el nivel de consciencia del paciente sin anularla completamente y la *sedación hasta la inconsciencia* también conocida como *sedación terminal* o *sedación en la agonía* que anula la consciencia de forma permanente y acompañada de la retirada de la hidratación y nutrición artificial produce la muerte en 3 días y por último el *Suicidio Medicamente Asistido* y la *Eutanasia*. El grado de aceptación de estas prácticas en la sociedad disminuye en el orden en que han sido nombradas (Sánchez González, 2021, 299-309).

En este trabajo se hablará más extensamente sobre la Eutanasia, cuyo significado etimológico es “buena muerte” y que puede definirse como el acto de poner fin a la vida de una persona por su voluntad expresa, con el objetivo de evitar un sufrimiento (BOE-A-2021-4628).

La Eutanasia consiste en las acciones realizadas de forma deliberada por parte de los profesionales sanitarios con el objetivo de producir de forma directa la muerte por petición expresa, voluntaria y reiterada. El término se limita a las situaciones en las que hay una relación causa-efecto inmediata entre la acción del profesional sanitario y el fallecimiento del paciente (Carvajal S et al., 2021, 1502-1506).

La actitud que toman los diferentes países del mundo ante las prácticas de ayuda para morir es muy variable, habiendo países en los que está legalizada la eutanasia y el suicidio asistido, países en los que está legalizado el suicidio asistido y países en los que se no han legalizado ninguno. En nuestro país, la eutanasia fue legalizada y regulada tras aprobarse la “Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de Regulación de la Eutanasia” (LORE) (BOE-A-2021-4628). Debido a lo reciente que es esta ley, es importante conocer la realidad legal de otros países y estados en los que se han legalizado estas prácticas para conocer los desafíos, oportunidades y peligros surgen en torno a su realización (Ramos Pozón, 2019).

También es importante conocer los términos utilizados a lo largo de los protocolos y manuales elaborados para la realización de forma regulada de la eutanasia en España y a lo largo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de Regulación de la Eutanasia (LORE) (Anexo A).

## **2. Justificación**

Debido a la reciente legalización de eutanasia en España, es importante que tanto la población como los profesionales sanitarios conozcan el procedimiento a seguir para llevar a cabo esta prestación y las actividades de las que se encargaran cada uno de los diferentes profesionales sanitarios. Llama la atención que en los manuales de buenas prácticas (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021) y en la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de Regulación de la Eutanasia (LORE) (BOE-A-2021-4628) no se especifican las funciones de los profesionales de enfermería durante esta prestación, cosa que es importante teniendo en cuenta que la naturaleza de la relación tan cercana que se forma entre el paciente y sus familiares y estos profesionales, hace que sean un enlace indispensable entre la persona solicitante y su familia o allegados y el resto del equipo durante todo el proceso (González Fernández-Conde et al., 2022).

## **3. Objetivos del trabajo**

Conocer las principales leyes que regulan la eutanasia a nivel nacional e internacional.

Conocer el procedimiento a seguir durante la eutanasia y que funciones desempeñan los profesionales sanitarios implicados, y de forma específica, los profesionales de enfermería en la Comunidad de Castilla y León.



Enumerar los requisitos que deben cumplir las personas solicitantes para poder acceder esta prestación.

## **4. Metodología**

Este trabajo es una revisión bibliográfica sobre la Eutanasia. Se utilizaron las bases de datos PUBMED, CINAHL y SCOPUS (Anexo B). Además, al requerir la búsqueda de textos legales y protocolos oficiales se consultó el Boletín Oficial del Estado (BOE), el Boletín Oficial de Castilla y León (BOCYL) y la página oficial de Salud de Castilla y León (Portal de salud de Castilla y León). Se consultó la página de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente que incluía resúmenes de las leyes que regulan la Eutanasia o el Suicidio Asistido en otros países y al no haber encontrado documentos oficiales que definieran las actividades que desempeñan los profesionales de enfermería, se consultó a profesionales especializados en los cuidados al final de la vida y que desarrollan su trabajo en unidades de cuidados paliativos. Los criterios de inclusión establecidos fueron: que los artículos y/o documentos (actas, guías, protocolos) trataran sobre la eutanasia y sobre las intervenciones enfermeras durante este procedimiento, que estuvieran disponibles a texto completo de forma gratuita, que fueran elaborados en los últimos 5 años y estuvieran en español o inglés. En cuanto a los documentos legales se aceptaron aquellos que estuvieran vigentes.

## **5. Resultados y discusión**

### **5.1. Evolución del suicidio asistido, los cuidados al final de la vida y la eutanasia**

Actualmente hay doce países en los que es legal la eutanasia o el suicidio asistido o ambos. A continuación, se nombrarán las leyes vigentes en esos países y los requisitos para acceder estas prestaciones.

*Colombia*, fue de los primeros países en debatir legalmente los cuidados al final de la vida, se puede ver la evolución de la legalización la eutanasia en este país en la tabla 2 del (Anexo C) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

En *Estados Unidos* la eutanasia es ilegal, pero a lo largo de los años, algunos estados han legalizado el Suicidio Asistido. Todos toman como modelo la ley elaborada por el estado de Oregón, pero algunos incluyen cambios (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020) En la tabla 3 del (Anexo C) se encuentra la evolución de la legalización del suicidio asistido en este país.

En 2001, *Holanda* aprobó la Ley 26691/2001 de Terminación de la Vida a Petición Propia y de Auxilio al suicidio, convirtiéndose en el primer país del mundo en legalizar la eutanasia. En octubre de 2020 se impulsó una solución para que los menores de entre 1 y 12 años que padezcan una enfermedad terminal y sufrimiento intolerable también puedan acceder a la eutanasia. Los requisitos se pueden encontrar en el (Anexo D.1) (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente., 2016) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

En 2002 *Bélgica* aprobó la Ley del 28/05/2002 relativa a la eutanasia legalizando la eutanasia en mayores de edad. En 2014 se autorizó la eutanasia infantil sin imponer límites en la edad. Los requisitos se pueden encontrar en el (Anexo D.2) (Ministerio de Justicia de Bélgica., 2002) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

En *Alemania*, en 2015 se actualizó el Código Penal que tipifica la facilitación comercial-repetida del suicidio a excepción de los que no lo hagan de forma comercial-repetida y sean familiares o personas cercanas a la persona solicitante. Posteriormente en febrero de 2020 la Sentencia BVerfG ratificó la legalidad del Suicidio Medicamente Asistido e instó al poder legislativo a regularlo (Tribunal Constitucional Federal, 2020).

En *Australia*, en el *estado de Victoria*, se aprobó en 2017 el Acta de Muerte Voluntaria Asistida que legaliza la Eutanasia y el Suicidio Asistido, exigiendo el cumplimiento de los requisitos indicados en el (Anexo D.3) (Legislación del Gobierno de Victoria, 2020). Posteriormente, siguiendo el modelo del estado de Victoria, en 2019, se aprobó el Acta de Muerte Voluntaria Asistida en el *oeste de Australia* (Legislación del Gobierno del Oeste de Australia, 2019), en marzo de 2021 se aprobó en *Tasmania* la Ley de elecciones al final de la vida (Muerte Voluntaria Asistida) (Oficina del Consejero Parlamentario, 2020), en junio de 2021, en el *sur de Australia* se aprobó el Acta de muerte voluntaria asistida y en septiembre de 2021 se aprobó en el estado de *Queensland* la Ley de muerte voluntaria, diferenciándose de la del estado de Victoria en que se reconoce el derecho a la objeción de conciencia para las instituciones (Parlamento de Queensland, 2021) (Gobierno del Sur de Australia, 2021).

En *Luxemburgo* se legalizó la eutanasia en marzo de 2009 tras aprobarse la Ley de 16 de marzo sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio cuyos requisitos se pueden encontrar en el (Anexo D.4) (Diario Oficial del Gran-Ducado de Luxemburgo, 2009).

En *Suiza* la eutanasia directa y a petición expresa está penalizada por el Artículo 114 del Código Penal, sin embargo, el artículo 115 del Código Penal permite el suicidio asistido. En 2006 el Tribunal Federal ratificó la legalidad del suicidio asistido, el único requisito que se debe cumplir es que la persona solicitante tenga plena capacidad para tomar y ejecutar sus decisiones. Además, existen sociedades como EXIT que ayudan a defender y promover el derecho a la muerte y organizaciones como Dignitas y Lifecircle que aceptan solicitudes de suicidio asistido de parte de extranjeros, en cuyo caso sí se exige que padezcan una enfermedad terminal o sin posibilidad de mejoría (Asamblea Federal de la Confederación Suiza, 1937) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

En *Canadá* son legales la eutanasia y el suicidio asistido desde 2016 (Parlamento de Canadá, 2016). En marzo de 2020 se aprobó la ley C-7 que modifica algunos elementos de la anterior. Los requisitos se pueden encontrar en el (Anexo D.5). Esta legislación parece muy sólida, pero hay lagunas sobre cómo actuar ante las solicitudes de menores maduros o personas con patología mental y ante las “peticiones previas” realizadas por una persona antes de cumplir los requisitos (Parlamento de Canadá, 2021) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

En *Italia* fue despenalizado el suicidio asistido en 2019 tras la Sentencia 242/2019 del Tribunal Constitucional siempre y cuando se cumpla que la persona solicitante sea un adulto consciente, competente y capaz, que padece una patología irreversible que le causa sufrimiento físico o psíquico severo y hace que dependa de medidas de soporte vital, y por último que la solicitud sea clara e inequívoca. Antes de llevar a cabo el procedimiento el equipo médico y un juez deberán verificar que se cumplen los requisitos (Corte Constitucional de Italia, 2019).

*Nueva Zelanda* legalizó la eutanasia y el suicidio asistido en 2020 tras aprobar la Ley de elección del final de la vida, bajo los mismos requisitos de la mayoría de leyes de otros países (Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda, 2020).

En *España*, ha sido legalizada tras aprobarse la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de Regulación de la Eutanasia (LORE) que regula la prestación de ayuda para morir en todo el territorio nacional. Esta ley indica que cada Comunidad Autónoma y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla deben disponer de Comisiones de Garantía y Evaluación (CGE) para verificar y tener control de que se respeta lo dispuesto en la ley, para resolver las reclamaciones y solucionar los posibles desacuerdos que puedan surgir entre el criterio del médico y el del jurista (BOE-A-2021-4628). En Castilla y León se compuso la Comisión de Garantía y Evaluación tras entrar en vigor el “DECRETO 15/2021 de 24 de junio por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación en la Comunidad de Castilla y León”. A la hora de crearla, debido a su naturaleza de órgano colegiado administrativo, se tienen en cuenta la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público y la Ley 3/2001 de 3 de julio del gobierno y de la administración de la Comunidad de Castilla y León (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León, 2021).

## **5.2. Requisitos para acceder a la prestación de ayuda para morir en España.**

Persona mayor de 18 años, completamente capaz de obrar y decidir de forma libre, con nacionalidad española, residencia legal en España o un certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en España superior a 12 meses; sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable que le ocasione un sufrimiento tanto físico como psíquico intolerable; solicitar la prestación de ayuda para morir voluntariamente, sin presiones externas y de forma consciente e informada (BOE-A-2021-4628).

## **5.3. Fases del proceso de prestación de ayuda para morir**

### **5.3.1. Manifestaciones del paciente**

El procedimiento de la prestación de ayuda para morir comienza cuando el/la paciente expresa a cualquiera de los profesionales sanitarios que le proporcionan asistencia su deseo de recibir ayuda para morir. Tras ello, se programará una consulta o visita domiciliaria con él/ella en la que:

- Se revisará el plan terapéutico y el de cuidados.

- Se valorará el estado del paciente y se detectaran descompensaciones en su situación clínica.
- Se valorará la posibilidad de derivarlo a otras unidades o pedir la valoración de otro facultativo para ajustar los tratamientos.
- Se determinarán que factores influyen en su sufrimiento.
- Se propondrán alternativas terapéuticas, indicando sus posibles resultados. (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Y un profesional sanitario, que puede ser el médico/a o el profesional de enfermería, le entregará documentación sobre la eutanasia y la primera solicitud de Prestación de ayuda para morir. Además, el médico/a informará a enfermería y al trabajador/a social del centro de la voluntad del paciente para elaborar conjuntamente un expediente (Anexo E) que será utilizado por el/la médico/a responsable de realizar la eutanasia para valorar el caso (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022). En el (Anexo F) se indicará como actuar en caso de que el profesional sea objetor de conciencia.

### **5.3.2. Primera solicitud**

Esta solicitud se realizará por escrito o por cualquier medio que permita dejar constancia de la voluntad del paciente de solicitar la eutanasia y será fechada y firmada por el/la paciente en presencia de un profesional sanitario que puede ser tanto el/la médico/a responsable como otro profesional del equipo asistencial. Tras ser recogida será trasladada al médico/a responsable para incluirla en la Historia Clínica del paciente.

Si el/la paciente no pudiera fechar y firmar el documento, podrá hacerlo en su lugar otra persona mayor de edad y plenamente capaz, indicando las razones que impiden a la persona solicitante hacerlo él/ella mismo/a (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

En un caso de situación de incapacidad de hecho la solicitud podrá presentarla una persona mayor de edad. Otra opción sería que el/la médico/a de referencia solicitase el acceso al documento de instrucciones previas. En cualquiera de estos casos las instrucciones que seguirán son las indicadas en este documento (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Una vez entregada la solicitud, el/la paciente o su representante recibirán una copia fechada y firmada de la misma y el/la médico/a responsable deberá verificar si se cumplen los requisitos de la ley. En caso de denegación se notificará por escrito, explicando los motivos de la denegación y se remitirá la denegación a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) de Castilla y León (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

El paciente debe ser consciente de que puede revocar la solicitud en cualquier momento o aplazar la administración de la ayuda para morir (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

### **5.3.3. Proceso deliberativo paciente-médico/a responsable**

Si la solicitud ha sido admitida el/la médico/a responsable comenzará un proceso deliberativo con el paciente durante el que explicará las diferentes alternativas terapéuticas (acceso a cuidados paliativos integrales) disponibles y las prestaciones a las que puede acceder según su situación. Tres días después le proporcionará toda la información sobre su proceso clínico para que la decisión que tome sea de forma autónoma y se base en el conocimiento que posee sobre su proceso médico. Durante esta etapa debe haber una escucha activa y empática del relato, las razones, sentimientos y valores del paciente, debe existir confianza mutua entre ambos y los conceptos deben abordarse con claridad. Su finalidad es comprobar la veracidad de lo indicado en la solicitud, comprobar que se ha realizado voluntariamente y sin presiones externas, para ello, se abordarán cuestiones médicas, psicológicas, familiares, sociales y espirituales. (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

### **5.3.4. Segunda solicitud**

Pasados 15 días de la primera solicitud, si el paciente quiere continuar con el proceso, podrá entregar al médico/a responsable la segunda solicitud. Se podrá aceptar una segunda solicitud en cualquier periodo de tiempo menor a 15 días considerado apropiado si se prevé que es inminente la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar su consentimiento, debiendo dejar constancia en la Historia Clínica de las condiciones que motivan esta modificación. Dos días naturales después de presentarse la segunda solicitud se retomará el proceso deliberativo para resolver cualquier duda que pueda tener el paciente o satisfacer cualquier necesidad de ampliación de la información. La duración de este segundo proceso deliberativo será de máximo 5 días (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

### **5.3.5. Firma de consentimiento informado**

Un día después, el médico/a responsable recabará la decisión del paciente sobre si quiere continuar con el proceso. Si desea continuar, se lo comunicará al equipo asistencial, sobre todo a los profesionales de enfermería, y si lo desea, también a los familiares o allegados que indique. Entonces se procederá a firmar el Consentimiento Informado que será recogido e incorporado en su Historia Clínica (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Es importante valorar la capacidad del paciente para firmarlo. Si se produjera una pérdida de la capacidad del paciente, antes de haber podido firmar el consentimiento informado, se realizará una valoración de la situación de incapacidad de hecho cuyo procedimiento se indica en el (Anexo G) y será necesario un documento de instrucciones previas en el que la persona solicitante haya dejado reflejada su voluntad de recibir la eutanasia (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Solo la persona solicitante puede dar el consentimiento, podría firmarlo otra persona únicamente si la persona solicitante no pudiera hacerlo por una incapacidad física (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

### **5.3.6. Informe de médico/a consultor/a**

El/la médico/a responsable consultará el caso con un/a médico/a consultor/a con formación en el ámbito de la patología del paciente que no pertenezca su equipo asistencial. Es aconsejable preavisarle para que pueda iniciar su valoración cuanto antes, durante la cual deberá estudiar el caso, examinar al paciente, verificar que se cumplen los requisitos, verificar que se han realizado dos solicitudes de forma voluntaria, por escrito, que están firmadas por el paciente o su representante legal, habiendo pasado 15 días entre ambas solicitudes y verificar que el paciente dispone de toda la información existente sobre su proceso clínico y que ha prestado su consentimiento informado (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

En un plazo máximo de 10 días naturales, el médico/a consultor/a remitirá un informe al médico/a responsable. Si el informe es desfavorable el médico/a responsable informará al paciente de esto y de que puede recurrir la decisión en máximo 15 días naturales a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE). Si el informe es favorable el médico/a responsable le comunicará al paciente (en máximo 24 horas) que se puede continuar con el procedimiento y le comunicará al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación (en máximo 3 días hábiles desde la recepción del informe del médico/a consultor/a) de que ha sido presentada una solicitud de ayuda para morir y se cumplen los requisitos (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

### **5.3.7. Verificación de los informes por parte de la comisión de garantía y evaluación (CGE)**

Una vez recibida la comunicación del médico/a responsable, el presidente/a de la CGE designará de entre sus miembros, en máximo 2 días naturales, a un profesional de medicina y a un jurista para que verifiquen si se cumplen los requisitos establecidos en la LORE. Durante el proceso de verificación los miembros de la CGE designados podrán entrevistarse con el paciente y examinar su Historia Clínica, entrevistarse con el médico/a responsable, con el médico/a consultor/a y también con el equipo sanitario. Tras haber examinado el caso, remitirán un informe en máximo 7 días naturales al presidente/a de la CGE que posteriormente lo remitirá al médico/a responsable en máximo 2 días naturales (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

**Tabla 4.** Posibles resultados del informe de los miembros de la CGE (elaboración propia).

| <b>RESULTADO DEL INFORME</b> | <b>ACTUACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desfavorable*.               | <u>Médico/a responsable</u> : informa al paciente del derecho a reclamar ante el Pleno de la CGE.<br>Si reclama, el <u>Pleno de la CGE</u> dará una resolución en máximo 20 días naturales. <i>No participan los de la comprobación inicial.</i> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Decisión favorable del pleno → Continúa el proceso.</li><li>▪ No respuesta tras 20 días de la reclamación ó Decisión desfavorable→ Recurso a la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.</li></ul> |
| Favorable                    | Puede continuar el proceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Desacuerdo entre ambos       | Pleno de la CGE decide y trasladará la resolución al médico/a responsable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2021

### **5.3.8. Realización de la prestación de ayuda para morir**

Una vez manifestado el consentimiento o haya sido verificada una situación de incapacidad de hecho y tras la resolución favorable de la CGE, el médico/a responsable informará de que se puede continuar con el proceso de eutanasia y acordarán cuándo y mediante qué modalidad se realizará la prestación, el lugar en el que se llevará a cabo (hospital o domicilio) y le recordará que tiene derecho a estar acompañado por sus familiares y allegados. En caso de que el paciente decidiera que la prestación se lleve a cabo en su domicilio, el equipo asistencial y el médico/a responsable se trasladarán hasta allí, se debe garantizar tanto al paciente como a sus familiares y allegados un entorno asistencial confortable, con cuidados humanizados y su intimidad (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Cuando el/la paciente se encuentra en una situación de incapacidad de hecho la eutanasia se realizará siguiendo las indicaciones del documento de instrucciones previas. Si no indicase la modalidad con la quiere recibir la prestación, los medicamentos se administrarán por vía intravenosa (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

#### **5.3.8.1. Administración directa por parte de un profesional sanitario:**

La vía de elección para esta modalidad es la intravenosa ya que tiene las ventajas de lo fácil que es administrar los medicamentos, su gran eficacia que produce el fallecimiento del paciente en poco tiempo y que puede utilizarse en casi todos los casos. Sin embargo, tiene el inconveniente de que debido a la fragilidad de estos pacientes puede ser complicado canalizar una vía (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021)

El procedimiento consiste en administrar: una *premedicación* que disminuya su nivel de consciencia antes de inducir el coma; un *medicamento adyuvante* para evitar el dolor producido

---

\* Informe desfavorable del médico/a responsable→ La CGE solicitará al centro que se nombre a otro médico/a responsable de la prestación.

al administrar los *inductores del coma* y tras haber comprobado que se encuentra en coma profundo administrar *bloqueantes neuromusculares*. Después se lavará el sistema con 10 cc de suero fisiológico para que pase toda la medicación (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021). Los medicamentos recomendados se indican en (Anexo H).

La duración del proceso es variable, pudiendo producirse la muerte tras la administración de los inductores del coma o darse situaciones en las que el tiempo entre la parada respiratoria y la cardiaca se prolonga haciendo que el paciente se vuelva cianótico, es muy importante explicar esto a las personas que vayan a estar presentes durante el procedimiento para reducir su ansiedad. Los profesionales sanitarios permanecerán acompañando al paciente y los familiares hasta el fallecimiento del paciente tomando las precauciones necesarias que no surjan problemas a mitad del procedimiento y actuando cuando aparezcan complicaciones (Anexo I) (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

#### **5.3.8.2. Prescripción o suministro de una sustancia para su autoadministración:**

Esta modalidad de la prestación puede hacerse mediante la vía oral y la intravenosa.

Si se opta por la vía oral el paciente debe, ser capaz de tragar un volumen de líquidos suficiente y no tener náuseas, deshidratación, problemas gastrointestinales o trastornos del tránsito intestinal que puedan alterar la absorción de los medicamentos. El procedimiento consiste en la ingesta de una *premedicación* consistente en ansiolíticos y antieméticos necesarios para reducir el riesgo de vomitar y de un *medicamento inductor del coma* (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021). En el (Anexo H) se indican los medicamentos recomendados

El tiempo transcurrido hasta que se produce el fallecimiento del paciente es variable, pudiendo durar desde menos de 30 minutos hasta 2 o 3 horas. Para evitar situaciones difíciles se acordará con el paciente y la familia que si tras 2 horas no se ha producido el fallecimiento se iniciará la administración de los medicamentos por vía intravenosa (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021). Se tomarán una serie de precauciones para evitar complicaciones (Anexo I)

Si opta por la vía intravenosa, los medicamentos se administrarán mediante una infusión intravenosa. Diferenciándose de la administración directa en que el paciente es quien abre la llave por la que entra el medicamento inductor del coma (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

#### **5.3.9. Certificación del fallecimiento**

Tras el fallecimiento del paciente el médico/a responsable certificará el fallecimiento y rellenará el Certificado Médico de Defunción (CMD). Como causa Inmediata del fallecimiento se indicará la Prestación de ayuda para morir (LORE 3/2021) y como causa inicial o fundamental se indicará la patología de base que produjo la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave crónico e imposibilitante (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).



Además de esto deberán quedar registrados en la historia del paciente los siguientes elementos (Anexo J) y la comisión de garantía y evaluación realizará una verificación posterior al procedimiento (Anexo K) (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

#### **5.4. Funciones de los profesionales de enfermería durante el proceso de eutanasia**

Los profesionales de enfermería son un enlace indispensable entre la persona solicitante y su familia o allegados y el resto del equipo desde antes de la realización de la solicitud hasta el cuidado de los familiares una vez finalizado el procedimiento. Esto es posible debido a que los pacientes reciben sus cuidados durante todo el proceso de su enfermedad, que se caracterizan por centrarse tanto en el paciente como su familia y ser continuos y cercanos lo que favorece que se cree una relación muy estrecha entre enfermería y el paciente y permite crear un entorno de bienestar que le ayude a expresar sus sentimientos, voluntades, miedos e incertidumbres libremente y manifestar su decisión de recibir la eutanasia. Otro factor que indica la importancia que tienen estos profesionales durante esta prestación es que poseen conocimientos sobre cuidados paliativos, sobre como cubrir las necesidades de los pacientes que se encuentran en el final de la vida, sobre el manejo del dolor y sobre como proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia durante todo el proceso (González Fernández-Conde et al., 2022).

Las funciones que asumen los profesionales de enfermería durante la eutanasia se pueden dividir en cuatro grupos dependiendo de la fase del proceso en que se realizan:

- *Fase de atención inicial y acompañamiento:* crear un ambiente que permita que cualquier persona que exprese su deseo de poner fin a su vida y cumpla los requisitos pueda recibir toda la información necesaria sobre las diferentes alternativas terapéuticas disponibles; crear un ambiente que le permita tomar una decisión libre; facilitar que pueda firmar la solicitud en presencia de un profesional sanitario una vez haya tomado una decisión y que esta sea recogida y transmitida a su médico de referencia (González Fernández-Conde et al., 2022) (Bellon et al., 2022, 1-9).
- *Fase de evaluación del estado del paciente:* Valorar al paciente y modificar el plan de cuidados si fuera necesario; revisar el plan terapéutico actual del paciente y su adherencia al mismo; determinar si alguna de las necesidades de apoyo social o familiar están sin cubrir y están influyendo en su sufrimiento; gestionar y analizar la solicitud, es decir, debatir sobre la solicitud con los familiares del paciente y el/la médico/a, comprobar que la voluntad del paciente de recibir esta prestación es firme y se cumplen los requisitos exigidos en la ley y participar en la evaluación de la capacidad del paciente para tomar decisiones; participar en la toma de decisiones relacionadas con la evaluación del paciente de forma activa, debatiendo con los médicos y otros profesionales y defendiendo los deseos del paciente o sus familiares (González Fernández-Conde et al., 2022) (Bellon et al., 2022, 1-9).
- *Procedimiento de eutanasia:* recibir y preparar los fármacos procedentes del servicio de farmacia; preparar el material necesario para su administración y la canalización del acceso intravenoso; administrar los fármacos ellos mismos o asistir al médico en su administración; proporcionar apoyo tanto al paciente como a sus familiares durante el procedimiento y participar en el cuidado post-mortem del paciente y el apoyo a la familia tras el fallecimiento del paciente (Bellon et al., 2022, 1-9).

- *Fase de informe y notificación:* no hay casos en los que los profesionales de enfermería participen en la notificación a autoridades, sin embargo, sí participan en el cuidado de los demás profesionales del equipo asistencial proporcionando apoyo emocional y participan en la evaluación de los procedimientos realizados y contribuyen a la creación de informes y documentación de los cuidados prestados (Bellon et al., 2022, 1-9).

Ver (Anexo F) en caso de que sea objetor de conciencia.

### **5.5. Limitaciones del estudio**

No había muchos artículos relacionados con la Eutanasia en España que dieran más información aparte de su definición y la actitud de la sociedad y los profesionales de enfermería ante ella. Otra dificultad fue que las leyes de algunos de los países estaban en idiomas que no eran ni español ni inglés, para solucionarlo se recurrió a la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente que proporcionaba acceso a traducciones de esas leyes.

## **6. Conclusiones.**

El proceso de eutanasia se divide en 9 etapas y puede realizarse mediante dos modalidades en las que intervienen los profesionales de enfermería, no obstante, su participación es más notable en la modalidad de administración directa. Actualmente, los manuales existentes sobre el procedimiento de eutanasia se centran en la figura del médico/a y no existen manuales que describan las funciones de los profesionales de enfermería durante la Eutanasia, sin embargo, basándonos en diferentes publicaciones científicas podemos saber que actuaciones realizan estos profesionales. Aun así, es importante tanto para dar visibilidad a las funciones que realizan estos profesionales como para que las mismas queden bien definidas que se elaboren manuales de práctica específicos de los profesionales de enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Ramos Pozón, S. (2019). Reseña de “Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional”. *Cultura de Los Cuidados*, 23(55), 299–304. <https://doi.org.ponton.uva.es/10.14198/cuid.2019.55.26>
2. Sánchez González, M. Á. (2021). Enfermos terminales. Cuidados paliativos. Adelantamiento de la muerte - Bioética en Ciencias de la Salud en *Bioética en Ciencias de la Salud* (2ª, pp. 299-309). Elsevier España, S.L.U. Acceso 18 abril, 2023, en <https://www-clinicalkey-com.ponton.uva.es/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788491137986000258#hl0000505>
3. Acedo Claro, C., & Rodríguez Martín, B. (junio, 2021). Sedación paliativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 93-97. DOI: 10.55783/rcmf.140209. <https://revclinmedfam.com/article/sedacion-paliativa>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (20 agosto, 2020). Cuidados paliativos. Organización Mundial de la Salud. Acceso 14 mayo, 2023, en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Corte Constitucional de Colombia. (20 mayo, 1997). *Sentencia C-239-97 Corte Constitucional de Colombia*. Corte Constitucional Colombia. Acceso 18 febrero, 2023, en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
6. Corte Constitucional de Colombia. (15 diciembre, 2014). *Sentencia T-970-14 Corte Constitucional de Colombia*. Corte Constitucional. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>
7. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (20 abril, 2015). *Resolución 1216*. Ministerio de Salud y Protección Social. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf)
8. Corte Constitucional de Colombia. (25 agosto, 2017). *Sentencia T-544-17 Corte Constitucional de Colombia*. Corte Constitucional. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>
9. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (9 marzo, 2018). *Resolución 825 de 2018*. ICBF. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_minsaludps\\_0825\\_2018.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0825_2018.htm)
10. Corte Constitucional de Colombia. (22 julio, 2021). *Sentencia C-233/21*. Corte Constitucional. Acceso 9 marzo 9, 2023, en [https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2021/10/21-07-22-com\\_corte\\_constitucional\\_colombia\\_eutanasia.pdf](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2021/10/21-07-22-com_corte_constitucional_colombia_eutanasia.pdf)
11. Rosa Portillo, N., & Miró Bonet, M. (2020). *La enfermera en la muerte asistida*. (Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares, Ed.). Acceso 10 febrero, 2023, en [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153279/Rosa\\_Portillo\\_Nuria.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153279/Rosa_Portillo_Nuria.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
12. Oregon Health Authority. (27 octubre, 1997). *Death with dignity Act*. Oregon.gov. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx>
13. Legislatura estatal de Washington. (5 marzo, 2009). *The Washington Death With Dignity Act*. Chapter 70.245 RCW: The Washington Death With Dignity Act. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245&full=true>
14. Vermont Ethics Network. (2013). *Medical Aid in Dying (Act 39)*. Vermont Ethics Network. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://vtethicsnetwork.org/palliative-and-end-of-life-care/medical-aid-in-dying-act-39>

15. California Department of Public Health. (5 octubre, 2015). *End of Life Option Act*. California Legislative Information. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520162AB15)
16. California Department of Public Health. (10 julio, 2021). *Senate Bill 380*. California Legislative Information. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill\\_id=202120220SB380](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=202120220SB380)
17. Colorado Secretary of State. (8 abril, 2016). *Colorado End of Life Options Act*. Colorado Secretary of State. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.sos.state.co.us/pubs/elections/Initiatives/titleBoard/filings/2015-2016/145Final.pdf>
18. Council of the district of Columbia. (19 diciembre, 2016). *D.C. LAW 21-182 "Death with Dignity Act of 2016"*. DC Health. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page\\_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL\\_.pdf](https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL_.pdf)
19. House of Representatives. State of Hawaii. (2018). *Our Care, Our Choice Act*. Hawaii State Legislature. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://www.capitol.hawaii.gov/sessions/session2018/bills/HB2739\\_HD1\\_.pdf](https://www.capitol.hawaii.gov/sessions/session2018/bills/HB2739_HD1_.pdf)
20. Estado de Nueva Jersey. (31 enero, 2019). *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act*. State of New Jersey. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://pub.njleg.gov/bills/2018/A2000/1504\\_R2.PDF](https://pub.njleg.gov/bills/2018/A2000/1504_R2.PDF)
21. Estado de Maine. (12 junio, 2019). *Act To Enact the Maine Death with Dignity Act*. Maine Legislature. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.mainelegislature.org/legis/bills/getPDF.asp?paper=HP0948&item=3&snum=129>
22. Estado de Nuevo México. (18 junio, 2021). *Elisabeth Whitefield Enf of life Options Act*. Endoflifeoptionsnm. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://endoflifeoptionsnm.org/wp-content/uploads/2021/07/CH132-HB47-2021.pdf>
23. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (diciembre, 2016). *Ley de eutanasia de los Países Bajos (Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio)*. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>
24. Ministerio de Justicia de Bélgica. (28 mayo, 2002). *Ley 28/05/2005 Relativa a la Eutanasia*. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/03/ley\\_eutanasia\\_BEL\\_ver2020.pdf](https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/03/ley_eutanasia_BEL_ver2020.pdf)
25. Tribunal Constitucional Federal. (26 febrero, 2020). *Judgment of the Second Senate of 26 February 2020*. Bundesverfassungsgericht. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226\\_2bvr234715en.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html)
26. Legislación del Gobierno de Victoria. (19 junio, 2020). *Voluntary Assisted Dying Act 2017*. Legislación del Gobierno de Victoria. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-61aa004%20authorised.pdf>
27. Legislación del Gobierno del Oeste de Australia. (19 diciembre, 2019). *Voluntary Assisted Dying Act 2019*. Western Australian Legislation. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc\\_42491.pdf/%24FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/%24FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00%5D.pdf?OpenElement)
28. Oficina del Consejero Parlamentario. (18 agosto, 2020). *End-Of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Bill 2020*. World Federation of Right to Die Societies. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://wfrtds.org/wp-content/uploads/2020/11/EOLC-VAD-BILL-2020-V18-18-AUG-20.pdf>
29. Parlamento de Queensland. (2021). *Voluntary Assisted Dying Bill 2021*. Queensland Parliament. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://documents.parliament.qld.gov.au/tableOffice/TabledPapers/2021/5721T707.pdf>

30. Gobierno del Sur de Australia. (1 julio, 2021). *Voluntary Assisted Dying Act 2021*. Legislación del Sur de Australia. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://www.legislation.sa.gov.au/legislation/lz/c/a/voluntary\\_assisted\\_dying\\_act\\_2021/2022.08.31\\_\(2021.07.01\)/2021.29.auth.pdf](https://www.legislation.sa.gov.au/legislation/lz/c/a/voluntary_assisted_dying_act_2021/2022.08.31_(2021.07.01)/2021.29.auth.pdf)
31. Diario Oficial del Gran-Ducado de Luxemburgo. (16 marzo, 2009). *Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, a la directiva anticipada y al acompañamiento al final de la vida*. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>
32. Asamblea Federal de la Confederación Suiza. (21 diciembre, 1937). *Código penal*. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/54/757\\_781\\_799/20230123/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-54-757\\_781\\_799-20230123-de-pdf-a-8.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/20230123/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-54-757_781_799-20230123-de-pdf-a-8.pdf)
33. Parlamento de Canadá. (17 junio, 2016). *Proyecto de ley del Gobierno (Cámara de los Comunes) C-14 (42-1) - Sanción Real - Una Ley para modificar el Código Penal y hacer modificaciones relacionadas con otras Leyes (asistencia médica para morir)*. Parlamento de Canadá. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royal?col=2>
34. Parlamento de Canadá. (17 marzo, 2021). *Ley de reforma del Código Penal (ayuda médica para morir) - Proyecto de ley C-7*. Parliament du Canada. Acceso 9 marzo, 2023, en [https://parl.ca/Content/Bills/432/Government/C-7/C-7\\_4/C-7\\_4.PDF](https://parl.ca/Content/Bills/432/Government/C-7/C-7_4/C-7_4.PDF)
35. Corte Constitucional de Italia. (27 noviembre, 2019). *Sentencia Nº 242/2019 de la Corte Constitucional*. Corte costituzionale. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>
36. Ministerio de Sanidad de Nueva Zelanda. (2020). *The End of Life Choice Act 2019*. Asociación Derecho a Morir Dignamente. Acceso 9 marzo, 2023, en <https://padlet.com/dmdinternacionales/la-eutanasia-en-el-mundo-fsz53qsl91ox452b/wish/977239504>
37. Jefatura del Estado. (25 marzo, 2021). *Disposición 4628 del BOE núm. 72 de 2021 "Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia"*. BOE.es. Acceso 15 enero, 2023, en <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
38. Carvajal C, S., Portales V, B., & Beca I, J. P. (2021). Eutanasia: aclarando conceptos [Clarifying concepts on euthanasia]. *Revista médica de Chile*, 149(10), 1502–1506. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021001001502>
39. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León. (25 junio, 2021). *DECRETO 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación en la Comunidad de Castilla y León*. Salud Castilla y León. Acceso 15 enero, 2023, en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/1911547-DECRETO%20CREACI%C3%93N%20COMISI%C3%93N%20GE%20BOCYL-D-25062021-1.pdf>
40. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Consejería de Sanidad, & Junta de Castilla y León. (20 octubre, 2022). *Derecho a la Eutanasia. Guía del proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir*. Salud Castilla y León. Acceso 15 enero, 2023, en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2280139-Guia%20proceso%20prestacion%20ayuda%20para%20morir%205%C2%AA%20Edici%C3%B3n octubre%202022.pdf>
41. Gobierno de España & Ministerio de Sanidad. (7 julio, 2021). *Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Salud Castilla y León. Acceso 15 enero, 2023, en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2258146-Manual%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20del%20Ministerio%20de%20Sanidad%2007072021.pdf>

42. Gobierno de España & Ministerio de Sanidad. (7 julio, 2021). *Anexo IV. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*. Salud Castilla y León. Acceso 15 enero, 2023, en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2258148-Manual%20de%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20M.Sanidad%20Anexo%20IV.%20Protocolo%20%20para%20valoraci%C3%B3n%20de%20la%20incapacidad%20de%20hecho.pdf>
43. Bellon, F., Mateos, J. T., Pastells Peiró, R., Espigares Tribó, G., Gea Sanchez, M., & Rubinat Arnaldo, E. (Octubre, 2022). The role of nurses in euthanasia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 134(104286), 1-9. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104286. Acceso 25 abril, 2023 en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748922001158?token=EC5D4C7FCEAA726C8191D70759421312615D8B88B7EB43824D9E0E0088C1089EAE05AA76ADF13CEF6D6548AD2113EE0B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230506094618>
44. González Fernández-Conde, M. d. M., León Andaluz, M. P., Limorti Martín, M., Martínez García, P., Martín Sanz, I., Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, & Grupo de trabajo de enfermería ante la eutanasia GAPSAs. (6 abril, 2022). *Intervenciones de enfermería en Atención Primaria en la prestación de eutanasia*. Portal de salud de Castilla y León. Acceso 15 enero, 2023, en [https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2152768-Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20la%20LORE\\_por%20GAP%20Salamanca.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2152768-Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20la%20LORE_por%20GAP%20Salamanca.pdf)

## **ANEXOS:**

### **ANEXO A. Términos empleados en los protocolos y manuales sobre la eutanasia**

Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: Limitaciones que repercuten de forma directa sobre su autonomía física y las actividades de la vida diaria impidiéndole a la persona que lo sufre valerse por sí mismo/a, que repercuten en su capacidad de expresarse y relacionarse, lo que conlleva un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable habiendo seguridad o gran probabilidad de que dichas limitaciones persistirán en el tiempo sin que haya posibilidad de cura o mejoría apreciable (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Enfermedad grave e incurable: Es aquella que produce en el paciente un sufrimiento físico o psíquico insoportable de forma constante que no hay posibilidades de aliviar y hace que el pronóstico de vida del paciente sea limitado (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Situación de incapacidad de hecho: “Situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de forma autónoma, plena y efectiva” (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Médico/a responsable: Facultativo encargado de coordinar la información y asistencia sanitaria del paciente y de actuar como interlocutor del mismo ante cualquier elemento relacionado con la atención e información que recibe durante todo el proceso asistencial de la prestación de ayuda para morir (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Médico/a consultor/a: Facultativo no perteneciente al mismo equipo asistencial que el médico/a responsable, que posee formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente cuya función es realizar una segunda valoración del paciente para determinar si se cumplen o no todos los requisitos previstos en la LORE para que la solicitud del paciente sea aceptada (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Equipo asistencial: “Equipo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial durante el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir” (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Comisión de Garantía y Evaluación (CyGE): Es un órgano administrativo compuesto por 15 miembros (5 de ellos serán profesionales médicos, otros 5 juristas y en el resto se incluirá a los profesionales de enfermería entre otros profesionales sanitarios), entre las funciones de este órgano se incluyen verificar el cumplimiento de la LORE tanto previamente a la realización de la prestación como posteriormente, resolver las posibles reclamaciones interpuestas por pacientes cuyas solicitudes han sido denegadas y dar una resolución cuando los informes del médico y el jurista nombrados para la valoración del caso sean contradictorios (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León, 2021).

Consentimiento informado: Documento en el que la persona expresa su conformidad libre, voluntaria y consciente, manifestada en pleno uso de sus facultades y tras haber recibido la información adecuada para que a petición suya se lleven a cabo unas determinadas actuaciones (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Documento de instrucciones previas: Documento en el que una persona mayor de 18 años, capaz y libre manifiesta de forma anticipada su voluntad, para que esta sea cumplida cuando ocurra alguna situación o circunstancia en la que él/ella mismo/a no sea capaz de expresarla. En él la persona otorgante puede designar a otra persona como su representante para que llegado el momento actúe como interlocutor entre él y el médico/a responsable y el equipo asistencial. Este documento sólo será tenido en cuenta cuando la voluntad del paciente esté expresada de forma clara e inequívoca. Haber dejado reflejado en dicho documento la voluntad de acceder a la Prestación de ayuda para morir es la única forma en la que una persona que se encuentra en situación de incapacidad de hecho puede acceder a dicha prestación (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Objeción de conciencia: Derecho individual que tiene cualquier profesional sanitario a no atender a las demandas de asistencia reguladas en la LORE que sean incompatibles con sus convicciones personales. En caso de que el profesional se declare objetor de conciencia para la eutanasia, se aplicará tanto en el ámbito asistencial público como en el privado (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

## ANEXO B. Estrategia de búsqueda en tabla 1

**Tabla 1.** Estrategia de búsqueda.

| BASE DE DATOS        | FÓRMULA DE BÚSQUEDA                                             | RESULTADOS OBTENIDOS | ARTÍCULOS /PROTOCOLOS SELECCIONADOS |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| PUBMED               | “Euthanasia” AND “Definition”                                   | 41                   | 1                                   |
|                      | “Euthanasia” AND “nursing” AND “Spain”                          | 4                    | 1                                   |
| CINAHL               | “Eutanasia” AND “España”                                        | 1                    | 0                                   |
|                      | “Euthanasia” AND “nurse or nurses or nursing” AND “Spain”       | 20                   | 0                                   |
|                      | “Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional.” | 1                    | 1                                   |
| SCOPUS (ClinicalKey) | “Euthanasia” especialidad de enfermería                         | 1                    | 1                                   |
|                      | “Euthanasia” especialidad de enfermería y ética y legislación   | 27                   |                                     |



|                                 |                                 |    |   |
|---------------------------------|---------------------------------|----|---|
| Página Salud de Castilla y León | Protocolo eutanasia, enfermería | 11 | 6 |
|---------------------------------|---------------------------------|----|---|

### ANEXO C. Evolución de las prácticas de ayuda para morir en Colombia y EEUU en tabla 2 y 3

Tabla 2. Evolución de la legalización de la eutanasia en Colombia (elaboración propia)

| AÑO  | SENTENCIA/RESOLUCIÓN                                                                                             | SUCESO                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1997 | C-239/97 (Corte Constitucional de Colombia, 1997)                                                                | Despenalización homicidio por piedad. No se crea una ley, se libera de responsabilidad al médico/a.                                                                                                                                              |
| 2014 | Sentencia T-970 (Corte Constitucional de Colombia, 2014)                                                         | Efectividad del derecho a morir con dignidad. Da lugar a la Resolución 1216 (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2015) que propone un protocolo de actuación y compone Comités Científicos interdisciplinarios. |
| 2017 | Sentencia T-544 para garantizar la muerte digna de niños y adolescentes (Corte Constitucional de Colombia, 2017) | Legalización de la eutanasia en menores.                                                                                                                                                                                                         |
|      | Resolución 825 (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2018)                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2021 | Sentencia C-233/21 Corte Constitucional de Colombia, 2021)                                                       | Eliminado requisito de terminalidad.                                                                                                                                                                                                             |

Tabla 3. Evolución de la legalización del suicidio asistido en EEUU (elaboración propia).

| LEY Y ENTRADA EN VIGOR                                       | ESTADO  | REQUISITOS Y OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acta de muerte con dignidad (Oregon Health Authority, 1997). | Oregón. | REQUISITOS:<br>Domicilio en Oregón.<br>Mayor de 18 años capaz de tomar decisiones sobre su salud.<br>Padece enfermedad grave e incurable que disminuye irreversiblemente sus capacidades y produce sufrimiento físico o | Se realizan 2 solicitudes de forma oral y una por escrito, debiendo esperar 15 días entre ambas.<br>Pasarán 48 horas desde la segunda solicitud hasta la prescripción del medicamento.<br>Las solicitudes se firman en |

|                                                                                                                                                                                                                |                 |                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                |                 | psíquico intolerable.<br>Pronóstico de vida menor de 6 meses.<br>Solicitud de forma voluntaria, informada y sin presiones externas.                         | presencia de dos testigos uno de ellos no será conocido del paciente.<br>Dos médicos evaluarán al paciente. |
| Acta de muerte con dignidad (Legislatura estatal de Washington, 2009).                                                                                                                                         | Washington.     |                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| Ley 30 del 20 de mayo de elección del paciente y control en el final de la vida (Vermont Ethics Network, 2013).                                                                                                | Vermont.        |                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| Acta de opción de fin de vida (California Department of Public Health, 2015). Expirará en 2031 si no se renueva<br>Ley SB380 (California Department of Public Health, 2021). Modifica aspectos de la anterior. | California.     | Incluye la necesidad de proporcionar un intérprete a las personas que no hablen inglés.<br>Reduce el tiempo de espera entre las dos solicitudes a 48 horas. |                                                                                                             |
| Acta de opción de fin de vida de Colorado (Colorado Secretary of State, 2016).                                                                                                                                 | Colorado.       | No hay tiempo de espera para prescribir la medicación después de la segunda solicitud.                                                                      |                                                                                                             |
| Acta de muerte con dignidad (Council of the district of Columbia, 2016).                                                                                                                                       | Washington D.C. |                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| Acta nuestro cuidado, nuestra elección (House of Representatives. State of Hawaii, 2018).                                                                                                                      | Hawaii.         | Deben pasar al menos 20 días entre la primera y la segunda solicitud.<br>Se evalúa la salud mental de la persona solicitante.                               |                                                                                                             |
| Acta de ayuda a morir para los enfermos terminales (Estado de Nueva Jersey, 2019).                                                                                                                             | Nueva Jersey.   |                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| Acta de muerte con dignidad (Estado de Maine, 2019).                                                                                                                                                           | Maine.          |                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| Acta Elisabeth Whitefiel de opciones al final de la vida (Estado de Nuevo México, 2021).                                                                                                                       | Nuevo México.   | La evaluación del paciente solo la realiza un profesional sanitario.<br>El tiempo de espera total desde la primera solicitud es de 48 horas.                |                                                                                                             |

## ANEXO D. Requisitos para acceder a la eutanasia

### D.1. En Holanda:

Residir en Holanda; Mayores de 18 años conscientes o que lo hayan anotado en unas voluntades anticipadas, personas entre 16 y 18 años cuyos padres hayan participado en la toma de decisiones y en personas entre 12 y 16 años lo suficientemente maduras que cuenten con el

consentimiento paterno y en menores de entre 1 y 12 años debe haber supervisión judicial; Tener capacidad para tomar decisiones sobre su salud o que exista un testamento vital; Padecer una enfermedad grave e incurable que produce un sufrimiento intolerable sin posibilidad de mejoría y que la petición se realice de forma voluntaria y meditada Dos médicos (3 si existe sufrimiento psicológico) valorarán al paciente y todas las actividades serán evaluadas por una Comisión (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente., 2016) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

#### **D.2. En Bélgica:**

Que los padres o el/la representante legal de los menores, que poseen derecho al veto, estén de acuerdo; Que la persona solicitante tenga capacidad de discernimiento y sufra una enfermedad grave e incurable sin posibilidad de alivio que se prevé que causará su muerte un periodo corto de tiempo y que le produce un sufrimiento físico o psíquico intolerable; Que la solicitud se haya hecho de forma voluntaria, razonada, reiterada en el tiempo y sin presiones externas, puede realizarse de forma anticipada pero sólo tendrá validez en caso de coma irreversible Dos médicos evaluarán al paciente y en el caso de los menores de edad, se evaluará su capacidad de discernimiento (Ministerio de Justicia de Bélgica., 2002) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

#### **D.3. En el estado de Victoria (Australia):**

Personas residentes en el estado de Victoria, mayores de 18 años con capacidad de toma de decisiones, que padecen una enfermedad grave e incurable de evolución progresiva que le produce un sufrimiento intolerable y tiene un pronóstico de vida inferior a 6 meses o inferior a 12 meses en el caso de las enfermedades neurodegenerativas, además, se deberán realizar 3 solicitudes habiendo mantenido la capacidad de decidir (Legislación del Gobierno de Victoria, 2020)

#### **D.4. En Luxemburgo:**

Ser mayor de edad con capacidad y consciencia durante la toma de decisiones, que la solicitud sea voluntaria, reflexionada, reiterada y realizada sin presiones externas, que padezca una enfermedad grave e incurable que le produce un sufrimiento psíquico o físico constante e insoportable. También son válidas las solicitudes recogidas en los testamentos vitales en caso de que el paciente haya perdido la capacidad para expresarse, estos deberán confirmarse cada 5 años (Diario Oficial del Gran-Ducado de Luxemburgo, 2009).

#### **D.5. En Canadá:**

Residir en Canadá, ser mayor de 18 años con capacidad de tomar decisiones sobre la salud, padecer una enfermedad grave e incurable que disminuya irreversiblemente las capacidades y produzca sufrimiento físico o psicológico intolerable y haber realizado la solicitud de forma voluntaria, informada y sin presiones externas. Durante el procedimiento se consultará a médicos o profesionales de enfermería especializados para asegurar que la persona solicitante dispone de toda la información sobre su proceso de salud, además, deberá estar presente un

testigo durante la firma del consentimiento informado. Si la muerte no fuera predecible deberán pasar 90 días desde la entrega de la solicitud hasta llevar a cabo la eutanasia y el consentimiento informado se firmará justo antes (Parlamento de Canadá, 2021) (Ramos Pozón, 2019) (Rosa Portillo & Miró Bonet, 2020).

#### **ANEXO E. Informes incluidos en el expediente del paciente**

- *Informe médico:* incluye información sobre el diagnóstico principal y otros diagnósticos importantes, sobre los procedimientos quirúrgicos y cualquier otro procedimiento llevado a cabo que sea relevante, sobre los resultados de las pruebas complementarias realizadas para el seguimiento de la enfermedad, un resumen del plan terapéutico, información sobre la valoración de la situación actual del paciente y sobre las alternativas terapéuticas propuestas.
- *Informe del trabajador/a social:* consta de un diagnóstico sobre la situación social actual del paciente que incluye una valoración del nivel de dependencia, de la situación de apoyo familiar o social, información sobre los recursos utilizados por el paciente para hacer frente al su nivel de dependencia y una valoración de sus necesidades socio-sanitarias para detectar descompensaciones o necesidades que no estén cubiertas.
- *Informe de enfermería:* compuesto por una valoración de sus necesidades de cuidados (en Atención Primaria se realiza según los Patrones funcionales de Marjory Gordon y en Atención Hospitalaria mediante el modelo de las necesidades de Virginia Henderson), un informe sobre la situación funcional del paciente respecto a las actividades de la vida diaria tanto instrumentales como básicas, un informe sobre la situación emocional del paciente que incluya la percepción que tiene sobre la evolución de su enfermedad, su calidad de vida, estado de ánimo y sus sentimientos y emociones.

#### **ANEXO F. Actuaciones a realizar en caso de ser objetor de conciencia**

Si el médico/a habitual o de referencia del paciente fuera objetor de conciencia, este deberá comunicarle al paciente ese hecho y que continuará atendiendo los problemas que puedan surgir por su patología. Además, deberá recoger la solicitud del paciente y entregarla para que se busque otro médico que se encargue de llevar a cabo la prestación de ayuda para morir (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León et al., 2022).

Si el profesional de enfermería fuera objetor de conciencia sus funciones serán: informar a la persona solicitante de este hecho y de que continuará haciendo un seguimiento del plan de cuidados; informar al responsable de enfermería y al médico/a responsable. El responsable de enfermería consultara con el resto de profesionales de enfermería cuál es su posición y en caso de que todos los miembros del equipo de enfermería sean objetores se comunicará la situación al grupo de enfermería de eutanasia/comisión de apoyo a la LORE para que valore la inclusión de otro profesional de enfermería no objetor/a en el equipo asistencial del procedimiento quien revisará el plan de cuidados inicial incluido en la historia del paciente e incluirá una nueva valoración (González Fernández-Conde et al., 2022).

## **ANEXO G. Valoración de la situación de incapacidad de hecho**

El encargado de valorar si existe una Situación de Incapacidad de Hecho es el/la médico/a responsable. La actitud que deberá presentar será la misma que ante cualquier otro paciente, es decir, en principio se presupone que el paciente es capaz de tomar decisiones sobre su vida y salud. Esta valoración se estructura en tres fases:

### **1. ENTREVISTA CLÍNICA que valora la capacidad del paciente:**

- Para comprender la información que le ha sido proporcionada.
- De apreciación, es decir, de interiorizar la información que le ha sido proporcionada en el proceso de toma de decisiones o las posibles consecuencias que pueden darse en las distintas alternativas terapéuticas presentadas.
- De razonar coherentemente, es decir, si utiliza la información proporcionada de forma lógica a la hora de tomar una decisión.
- De comunicar la decisión que ha tomado de forma voluntaria y sin presiones externas.

Debe asegurarse de que la incapacidad no está producida por falta de información, dificultades comunicativas o por factores culturales, es decir, tenemos que asegurar de que el paciente posee toda la información relacionada con su proceso clínico, el pronóstico y sobre las diferentes alternativas terapéuticas que tiene a su disposición.

En caso de que por un diagnóstico previo o por la enfermedad actual que padece el paciente, tras la entrevista existan dudas sobre la capacidad del paciente se utilizaran herramientas específicas que permiten valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones de forma más fiable como por ejemplo:

- **GLOBAL DETERIORATION SCALE:** Valora la pérdida de capacidad producida por un deterioro cognitivo.
  - Puntuaciones de entre 3 y 4 se presentan en personas con demencia leve que habitualmente conservan la capacidad de toma de decisiones.
  - Puntuaciones mayores de 5 se presentan en personas con un deterioro cognitivo más severo cuya capacidad de toma de decisiones no se conserva.
- **MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE):**
  - Puntuaciones mayores de 24 indican que la persona es capaz.
  - Puntuaciones entre 20 y 24 indican que hay incertidumbre acerca de la capacidad de la persona.
  - Puntuaciones menores de 20 indican una gran probabilidad de que se dé una situación de incapacidad de hecho.
    - Puntuaciones menores de 16 indican que es casi seguro que la persona se encuentra en situación de incapacidad de hecho
  - Puntuaciones de entre 17 y 23 se presentan en personas que se encuentran en fases intermedias de demencia, en estos casos esta herramienta no es fiable para evaluar la situación de incapacidad de hecho.

A la hora de utilizar estas dos herramientas hay que tener en cuenta las fluctuaciones que se producen en las personas con enfermedades neurodegenerativas habiendo periodos confusionales intercalados con periodos de lucidez. Las herramientas cognitivas o escalas funcionales, que no identifican alteraciones de la apreciación no se recomiendan para valorar la capacidad de las personas para tomar decisiones.

Otras herramientas muy fiables son:

- AID TO CAPACITY EVALUATION (ACE) O AYUDA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD: es una entrevista semiestructurada que consiste en preguntas abiertas y cerradas y evalúa:
  - La comprensión de la información
  - La habilidad para tomar una decisión y comunicarla.
  - La existencia de trastornos mentales que puedan interferir en la toma de decisiones.

Y clasifica a los pacientes en: capaces, probablemente capaces, probablemente incapaces e incapaces. Se recomienda usarlo cuando se obtienen puntuaciones por debajo de 24 en el MMSE.

- MacArthur DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TRATAMIENTO (MacCAT\_T): refleja la habilidad del paciente en la comprensión de la información recibida, la apreciación del significado de dicha información, de razonar para comparar las diferentes alternativas propuestas teniendo en cuenta sus posibles consecuencias y de expresar la decisión tomada. Es útil cuando se quiere hacer una valoración más concienzuda.

En caso de que tras la entrevista y el uso de alguna de las herramientas nombradas no se llegue a un resultado concluyente sobre si el/la paciente se encuentra en una situación de incapacidad de hecho o no, se puede realizar una interconsulta con un experto/a, independientemente de la valoración que debe ser realizada por el médico/a consultor/a (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Según expresaron los profesionales de enfermería especializados en los cuidados al final de la vida y que desarrollan su trabajo en unidades de cuidados paliativos consultados, en la práctica clínica este procedimiento lo lleva a cabo directamente un profesional experto.

## **ANEXO H. Medicamentos recomendados para la eutanasia en tabla 5 y 6**

Tabla 5. Medicamentos de la modalidad de administración directa (elaboración propia).

| <b>TIPO DE MEDICAMENTO</b> | <b>MEDICAMENTO RECOMENDADO</b> | <b>PAUTA</b>                                                  |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Premedicación              | Midazolam                      | Dosis variable de 5 a 20 mg.                                  |
| Adyuvante                  | Lidocaína.                     | 40 mg administrados antes del inductor del coma o junto a el. |

|                             |                                  |                                          |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
|                             | Sulfato de magnesio <sup>2</sup> | 1g diluido en 10cc de suero fisiológico. |
| Inductor del coma           | Propofol.                        | 1000 mg                                  |
|                             | Tiopental <sup>3</sup>           | 2000 mg.                                 |
| Bloqueantes neuromusculares | Atracurio.                       | 100 mg.                                  |
|                             | Cisatracurio.                    | 30 a 40 mg.                              |
|                             | Rocuronio                        | 100 a 200 mg.                            |

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2021

Antes administrar los bloqueantes neuromusculares se comprueba que el paciente está en coma profundo, en ese caso se observarán los siguientes signos: ausencia de respuesta tanto a estímulos verbales como dolorosos; depresión grave de la función cardiovascular (manifestada por un pulso lento y débil) y de la ventilación (manifestada por una respiración lenta y superficial) y ausencia de los reflejos protectores (reflejo corneal). Si no se presentaran estos signos, se administrarán 500 mg adicionales de Propofol antes de los bloqueantes neuromusculares. (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

Tabla 6. Medicamentos de la modalidad de autoadministración por vía oral (elaboración propia).

| TIPO DE MEDICAMENTO       | MEDICAMENTO RECOMENDADO                | PAUTA                                                                          |
|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Antieméticos              | Metoclopramida                         | 30 mg 1 hora antes del inductor del coma                                       |
|                           |                                        | 10 mg c/8h durante las 36 horas anteriores a la ingesta del inductor del coma. |
|                           | Ondansetrón <sup>4</sup>               | Entre 8 y 24mg <sup>5</sup> 1 hora antes del inductor del coma.                |
|                           |                                        | 4 mg c/12h durante las 36 horas anteriores a la ingesta del inductor del coma  |
|                           | Metoclopramida + Ondansetrón           | 20 mg + de 8 a 24 mg respectivamente 1 hora antes del inductor del coma        |
| Inductor del coma         | Solución de pentobarbital <sup>6</sup> | 15 g diluidos en 100 cc.                                                       |
| Ansiolíticos <sup>7</sup> | Lorazepam                              | 1 a 2 mg                                                                       |
|                           | Diazepam                               | 10 a 25 mg                                                                     |
|                           | Midazolam                              | 7'5 a 15 mg                                                                    |

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2021

<sup>2</sup> En caso de alergia a Lidocaína.

<sup>3</sup> Medicamento alternativo.

<sup>4</sup> Alternativa a Metoclopramida cuando ha producido reacciones extrapiramidales.

<sup>5</sup> Dependiendo del peso del paciente.

<sup>6</sup> En España no hay comercializado ningún medicamento para uso humano que lo contenga, por lo tanto, ante la falta de disponibilidad o desabastecimiento se administrará por vía intravenosa.

<sup>7</sup> Administración opcional entre 30 y 45 minutos antes del inductor del coma.

## **ANEXO I. Recomendaciones prácticas a seguir durante la eutanasia**

### **I.1. Modalidad de administración directa por un profesional:**

Para evitar problemas una vez iniciado el procedimiento, antes de comenzar, nos aseguraremos de que disponemos de una vía venosa adecuada y estable y colocaremos una segunda vía accesoria para su uso en caso de que la otra falle o se produzca una extravasación, en cuyo caso se repetirá la administración de la secuencia de medicamentos por la otra vía. Las vías las colocaremos en una vena de gran tamaño (vena antecubital), utilizando catéteres de gran calibre, siendo el más adecuado el de 18 G. Y antes de iniciar la administración de la medicación se volverá a comprobar el correcto funcionamiento de ambos catéteres introduciendo un bolo en cada una de 10 cc de suero fisiológico (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

La administración de los medicamentos se realizará de forma rápida para evitar reacciones adversas y conseguir que la muerte del paciente se produzca en el menor tiempo posible, sin embargo, esto supone un riesgo para la integridad de la vena, por lo que habrá que mantener una vigilancia sobre la misma durante todo el proceso

Si el paciente es portador de una vía central de tipo reservorio o un catéter central de acceso periférico no será necesario buscar otro acceso venoso, se utilizará este y en caso de que no sea posible la canalización de un acceso venoso periférico adecuado se programará la colocación de una vía central unos días antes del procedimiento.

Si la prestación va a realizarse en el domicilio es recomendable que en el equipo asistencial que vaya a acudir haya personas con experiencia en la canalización de vías intravenosas, que se lleven 2 kits completos de medicación en cada asistencia y que se haya establecido un plan de actuación en caso de pérdida del acceso venoso una vez se hayan administrado medicamentos y no sea posible canalizar otra vía (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

#### Actuaciones en caso de aparición reacciones adversas:

- En caso de que ocurran mioclonías o jadeos el profesional médico deberá aumentar la dosis de los medicamentos intravenosos para aumentar la comodidad del paciente y acelerar la finalización del proceso.
- En caso de que aparezca una Reacción paradójica al Midazolam se omitirá la administración de Lidocaína y se pasará directamente a la administración de Propofol (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

### **I.2. Modalidad de prescripción o suministro para su autoadministración por vía oral:**

Para evitar problemas una vez comenzado el procedimiento se dispondrá de una vía intravenosa por si fuera necesaria y recomendaremos al paciente que haga ayuno 6 horas antes de comenzar el procedimiento y que 1 hora antes de la ingesta del medicamento inductor del



coma haga una comida ligera y fácil de digerir para reducir la probabilidad de que aparezca el reflejo de vómito, además, durante el procedimiento el paciente estará en posición de Fowler o semi sentado en un ángulo de entre 45 y 60° con las rodillas flexionadas o extendidas y permanecerá en esta posición hasta pasados 20 minutos de la ingestión del medicamento. Si el paciente vomitara se comenzará el proceso mediante la vía intravenosa (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

## **ANEXO J. Registro en la historia clínica del paciente**

Una vez ha concluido la tramitación de la prestación de ayuda para morir se archivará toda la documentación que ha sido necesaria en la Historia Clínica del paciente. Entre los documentos que deben quedar registrados se encuentran los siguientes:

- La recepción y comprensión por parte del paciente de toda la información sobre su proceso clínico que le facilitó el médico/a responsable;
- La primera solicitud de prestación de ayuda para morir que presentó firmada y fechada por el paciente y firmada y los datos necesarios rellenos por el mismo médico/a responsable o por cualquier otro profesional sanitario que proporcionó atención al paciente.
- En caso de haber acertado el plazo entre la primera y la segunda solicitud a criterio del médico/a responsable por una pérdida inminente de la capacidad de la persona solicitante para otorgar su consentimiento deben quedar registradas las dos solicitudes y las razones por las que se redujo el tiempo de espera entre ambas.
- Los informes del médico/a responsable y del médico/a consultor/a.
- El consentimiento informado firmado por el paciente antes de la realización de la prestación de ayuda para morir. Se hará una copia con plena validez legal y que esté a disposición de cualquier profesional que intervenga en el proceso.
- En caso de que la persona solicitante decida no continuar con el procedimiento, se guardará en su historia clínica el documento de revocación de la solicitud.
- Informe de valoración de la situación de incapacidad de hecho, cuando proceda.
- Si la solicitud del paciente ha sido denegada se incluirá el informe de denegación motivado.
- Si son necesarios se incluirá el documento de uso de medicamentos que estén fuera de la ficha técnica (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

## **ANEXO K. Verificación posterior por la comisión de garantía y evaluación**

En un plazo máximo de 5 días hábiles tras el fallecimiento del paciente el médico/a responsable trasladará a la Comisión de Garantía y Evaluación los siguientes documentos:

- Documento primero: Contendrá el nombre completo y domicilio de la persona solicitante o de la persona autorizada para presentar la solicitud; el nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico/a responsable y del médico/a consultor/a que evaluó al paciente; En caso de que el paciente se encontrara en situación de incapacidad de hecho se incluirá también el

nombre completo de la persona que presentó la solicitud en su nombre (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021).

- Documento segundo: Contendrá el sexo y edad de la persona solicitante; la fecha y lugar en que se produjo el fallecimiento; el tiempo que transcurrido entre la presentación de las dos solicitudes y el fallecimiento del paciente; la descripción de la patología que padecía la persona solicitante, de la naturaleza de su sufrimiento continuo e insoportable y de las razones por las que no había perspectivas de que se produjera una mejoría; un informe sobre la voluntariedad, reflexión y petición reiterada de recibir la prestación y sobre la ausencia de presiones externas; Descripción del procedimiento seguido por el equipo para la realización de la prestación de ayuda para morir; informe sobre la capacitación de los médicos consultados y la fecha en la que fueron consultados (Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, 2021)