



---

# CUIDADOS PALIATIVOS Y LEY DE EUTANASIA

---

Palliative Care and Euthanasia Law

---

Autora: Adriana Agudo Bustillo

Directora: Aída De La Fuente Rodríguez

---



CURSO 2022 - 2023  
TRABAJO DE FIN DE GRADO  
Universidad de Cantabria, Facultad de Enfermería

***AVISO DE RESPONSABILIDAD UC***

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

<b>Resumen:</b> .....	3
<b>Abstract:</b> .....	3
<b>Introducción:</b> .....	4
<i>Justificación del tema:</i> .....	4
<i>Objetivo general:</i> .....	5
<i>Objetivo/s específico/s:</i> .....	5
<i>Metodología:</i> .....	5
<b>Capítulo 1: Los cuidados paliativos</b> .....	7
1.1 <i>Definición y objetivos de los cuidados paliativos</i> .....	7
1.2 <i>Historia de los cuidados paliativos</i> .....	9
1.3 <i>Situación actual en España</i> .....	11
<b>Capítulo 2: Papel de la enfermería en los cuidados paliativos</b> .....	12
2.1 <i>Beneficios de los cuidados paliativos de soporte domiciliario</i> .....	15
<b>Capítulo 3: Ley de Eutanasia en España</b> .....	17
3.1 <i>Requisitos para solicitar la prestación</i> .....	18
3.2 <i>Fases del procedimiento</i> .....	18
3.3 <i>El rol de enfermería en el proceso de eutanasia</i> .....	20
<b>Bibliografía</b> .....	24
<b>ANEXOS</b> .....	29

**Resumen:**

En el presente trabajo, se realiza una revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos con el propósito de conocer la trascendencia de esta disciplina aplicada a pacientes en fase terminal, el papel que ejerce la enfermería en este tipo de cuidados y la introducción de la eutanasia como una nueva prestación dentro de la cartera de servicios que se brinda en nuestro país.

La sociedad actual sufre un manifiesto incremento de esperanza de vida y, por ende, de envejecimiento. Esto ha supuesto un aumento de enfermedades con carácter incurable y, resultantemente, un crecimiento exponencial de pacientes que precisan de asistencia paliativa. Pese a que el fin último de los profesionales sanitarios continúa siendo curativo, se ha producido un cambio de paradigma asistencial. Para garantizar una muerte digna y el confort al paciente y a sus familias, el principal objetivo de los cuidados paliativos, se requiere de un equipo interdisciplinar, máxime de un equipo de enfermería que abogue por el bienestar de las personas. Ante las diferentes probabilidades terapéuticas al final de la vida se incluye la controvertida eutanasia, en la que, una vez más, la enfermera juega un papel crucial.

**Palabras clave:** *“Cuidados paliativos”, “fase terminal”, “enfermería” y “Eutanasia”.*

**Abstract:**

This paper reviews the literature on palliative care in order to learn about the importance of this discipline applied to terminally ill patients, the role of nursing in this type of care and the introduction of euthanasia as a new service within the portfolio of services provided in our country.

Today's society is clearly experiencing an increase in life expectancy and, therefore, in aging. This has led to an increase in incurable diseases and, as a result, an exponential growth in the number of patients requiring palliative care. Although the ultimate aim of healthcare professionals continues to be curative, there has been a change in the care paradigm. To guarantee a dignified death and comfort for patients and their families, the main objective of palliative care, an interdisciplinary team is required, especially a nursing team that advocates for the well-being of the patient. The different therapeutic options at the end of life include the controversial issue of euthanasia, in which, once again, the nurse plays a crucial role.

**Key words:** *“Palliative cares”, “terminal phase”, “nursing” and “euthanasia”.*

**Introducción:**

Debido al aumento de la esperanza de vida de los últimos años, se ha producido un notable incremento en el envejecimiento de la población española y, consecuentemente, de la cronicidad. En la actualidad se estima que 3 de cada 4 descensos son atribuibles a la progresión de una enfermedad crónica. Todo esto, sumado a la demanda generalizada de atención centrada en la persona que permita una muerte digna, supone un desafío de salud pública para los países desarrollados <sup>(1)</sup>. Además, constituye un nuevo reto para los profesionales sanitarios que, hasta la fecha, circunscribían su espacio de actuación al ámbito preventivo y/o curativo <sup>(2)</sup>.

Aproximadamente 400.000 personas fallecen en nuestro país anualmente <sup>(3)</sup>. Se estima que entre el 50-60% de las mismas lo hacen habiendo recorrido un proceso de deterioro en el último año de su vida hasta llegar a una fase terminal. Por otra parte, del total de hospitalizaciones que se producen de manera anual, entre un 8% y un 22% corresponden a enfermos en esta etapa última de afectación crónica <sup>(4)</sup>.

Muchas de estas personas llegarán al final de sus días experimentando un intenso sufrimiento y precisando de una alta demanda asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, cada año, más de 56,8 millones de personas a nivel mundial requieren cuidados paliativos (CP), de las cuales, tan sólo un 14% reciben la asistencia paliativa que precisan <sup>(5,6)</sup>.

El propio concepto de CP tiene un reducido trayecto histórico. No será hasta 1967 cuando la enfermera británica Cicely Saunders inauguró el St. Christopher's Hospice. Un hito histórico que alumbró, consecuentemente, el movimiento hospice, responsable del modelo que mayoritariamente impera en los centros de CP del mundo <sup>(7)</sup>. La OMS define los cuidados paliativos como *«cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos»* <sup>(8)</sup>.

No se puede negar que hoy en día la atención a los pacientes terminales es un derecho reconocido por organismos internacionales, además de una prestación sanitaria estrictamente detallada en la legislación española como sello distintivo de un sistema de salud de calidad, tanto de ámbito nacional como autonómico <sup>(1)</sup>.

A los CP se introduce un nuevo derecho individual y, a su vez, una nueva prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) de nuestro país con la reciente aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, dirigida a aquellas personas en fases terminales o con enfermedades crónicas e incurables y que no desean continuar con su vida <sup>(9)</sup>.

La regulación de la eutanasia en España ha supuesto un hito histórico. Se trata de la culminación de un largo y complejo proceso que ha suscitado y suscita numerosos e intensos debates públicos tanto en la sociedad en su conjunto, como entre los propios profesionales de la salud; encargados de conducir y llevar a cabo esta práctica <sup>(10)</sup>.

**Justificación del tema:**

Coincidiendo con mi rotatorio en el área de envejecimiento y con el fin de resolver mi curiosidad y voluntad por conocer en detalle temas tan vigentes como los CP o la Ley de Eutanasia, fueron los principales motivos de mi elección.

**Objetivo general:**

El objetivo general de este trabajo es:

- Establecer el rol de enfermería en los cuidados paliativos a partir de las evidencias bibliográficas.

**Objetivo/s específico/s:**

- Recopilar información sobre los cuidados paliativos al final de la vida.
- Analizar los beneficios de recibir cuidados paliativos en el hogar.
- Revisar la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia y analizar su relación con el desempeño/rol de enfermería.

**Metodología:**

Para la realización del presente trabajo de fin de grado (TFG), se realizó una revisión integradora de la literatura entre el mes de noviembre del año 2022 y el mes de marzo del año 2023, con el fin de aglutinar la evidencia científica relacionada con el papel que ejercen los profesionales de enfermería en el contexto de los cuidados paliativos.

Para obtener la evidencia científica más reciente, se llevó a cabo una búsqueda mediante el uso de Medical Subject Headings (MeSH) y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) como lenguaje controlado junto a sus equivalentes palabras clave como lenguaje natural. Los descriptores seleccionados fueron los siguientes: “cuidados paliativos”, “palliative care”, “enfermo terminal”, “terminal patient”, “enfermeros”, “nurses”, “enfermería”, “nursing”, “cuidados paliativos domiciliarios”, “home palliative care”, “eutanasia”, “euthanasia”, entre otros.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de la literatura científica en diferentes bases de datos como PubMed, Google Académico, UCREA y Elsevier. Así mismo, se ha hecho uso de páginas web de organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad, el Instituto Nacional de Estadística, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, etcétera. Por otro lado, empleé artículos o trabajos obtenidos de fuente secundaria.

Los descriptores estandarizados se combinaron mediante el uso de operadores booleanos como “AND”, para encontrar artículos que incluyesen todos los términos seleccionados u otro operador booleano como “OR”, empleado para hallar estudios que incluyesen al menos uno de los términos empleados en la búsqueda.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados con anterioridad y de que los datos aporten a la investigación, no se tenga resultados ambiguos, duplicados o información que se desvía del tema principal, fue necesario realizar una estrategia delimitando la búsqueda bibliográfica con los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

**Criterios de inclusión:**

- Artículos publicados en los últimos 5 años (con excepciones porque se ha considerado útil para el desarrollo del trabajo).
- Artículos publicados en castellano o en inglés.
- Artículos de acceso gratuito.

**Criterios de exclusión:**

- Artículos sin texto completo gratuito.
- Artículos de baja relevancia para la temática de estudio.

- Artículos duplicados en las distintas bases de datos.

Tras la realización de búsqueda en las diferentes bases de datos, la totalidad de artículos encontrados fue de 1811, 556 pertenecientes a PubMed, 325 a Google Académico, 773 resultados en Elsevier y 157 en UCre. A continuación, se aplicaron los filtros según los criterios de inclusión y exclusión y la búsqueda se vio reducida en 724. Seguidamente, se procedió a la lectura del título y/o resumen para seleccionar los artículos que contenían el tema tratado, obteniéndose un total de 48. Finalmente, se llevó a cabo una lectura más profunda y el número de artículos se redujo a 14 artículos.

### ***Descripción de los capítulos***

Para la realización de este trabajo, se decidió disgregar el contenido de este en tres partes.

#### **Capítulo 1: Los Cuidados Paliativos.**

Este capítulo se divide en los siguientes apartados. En primer lugar, se define el concepto de los CP y se desarrollan sus objetivos. Posteriormente, se realiza una breve descripción de la evolución de los mismos desde sus orígenes. Finalmente, se centra en la situación de los cuidados en España en la actualidad.

#### **Capítulo 2: Papel de la enfermería en los Cuidados Paliativos.**

Esta parte del trabajo está centrada en el papel que ejercen los profesionales de enfermería en la prestación de CP. Se analizan algunos de los aspectos que se consideran más relevantes y se comenta, además, los beneficios de los CP domiciliarios.

#### **Capítulo 3: Ley de Eutanasia en España.**

En última instancia, se contextualiza la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. A continuación, se describen los requisitos y fases del proceso de solicitud de la ayuda para morir. Asimismo, se focaliza en el rol de enfermería en el proceso de eutanasia.

## **Capítulo 1: Los cuidados paliativos**

### **1.1 Definición y objetivos de los cuidados paliativos**

Para comenzar a hablar sobre los CP es preciso analizar las acepciones que el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española plantea <sup>(8, 11)</sup>:

- **Cuidar** deriva del antiguo *coidar*, y este del latín *cogitāre* “pensar”. Nos muestra cinco acepciones: “Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”, “Asistir, guardar, conservar”, “Discurrir, pensar”, “Mirar por la propia salud, darse buena vida” o “Vivir con advertencia respecto de algo”.
- **Paliar** proviene del latín tardío *palliāre* “tapar”, y esta deriva del latín *pallium* “manto”, “prenda de vestir exterior”. Pese a este origen, “Mitigar la violencia de ciertas enfermedades” y “Mitigar, suavizar, atenuar una pena, disgusto, etc.” son las primeras acepciones que nos propone. No obstante, su etimología nos conduce a otras definiciones como “Disculpar, justificar algo” e, inclusive, “Encubrir, disimular, cohonestar”.

No fue sino hasta el año 1980 cuando la OMS aprobó e incorporó oficialmente el concepto de CP. Así mismo, promovió el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer <sup>(8, 12, 13)</sup>.

Una década después, en 1990, La OMS adopta la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, calificándolos de «*cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo*» y, precisando que, «*el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial*» <sup>(12, 13)</sup>.

La última definición que realiza la Organización data del año 2002. De acuerdo con la idea de que los CP no deben ser relegados únicamente a las últimas fases de la enfermedad, dado que aquellos síntomas que no se han tratado al inicio de la enfermedad son complejos de manejar en los últimos días de vida, amplía el concepto <sup>(12)</sup>. Según la nueva definición oficial, la atención paliativa es «*cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos*» <sup>(8)</sup>.

Actualmente, esta definición es cuestionada por algunos autores o por la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) que hizo la siguiente propuesta en el año 2018: «*Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad severa, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores*» <sup>(8)</sup>.

En el año 2020, de acuerdo con el consenso Lancet, los CP son definidos como: «*la atención holística y activa de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad grave y, especialmente, de aquellos que se acercan al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores*» <sup>(14)</sup>.

La OMS enumera las siguientes características de los CP <sup>(4, 15)</sup>:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Los objetivos generales de los CP son, además de la mejora de la calidad de vida y la promoción del bienestar, aliviar el sufrimiento de los enfermos y de sus familiares durante todo el proceso: (4, 15)

- Una información y comunicación adecuadas, que aseguren al enfermo y a su familia que serán escuchados y que obtendrán unas respuestas claras y sinceras. Además, se le proporcionará el apoyo emocional que precisen, de manera que puedan expresar sus emociones y participar en la toma de decisiones con respecto a su vida y al proceso de morir con arreglo a las leyes vigentes.
- La atención del dolor y otros síntomas físicos, así como de las necesidades emocionales, sociales y espirituales, sin olvidar aquellos aspectos prácticos del cuidado de los enfermos y de sus familiares.
- Una continuidad asistencial asegurada a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los ámbitos asistenciales y servicios implicados.

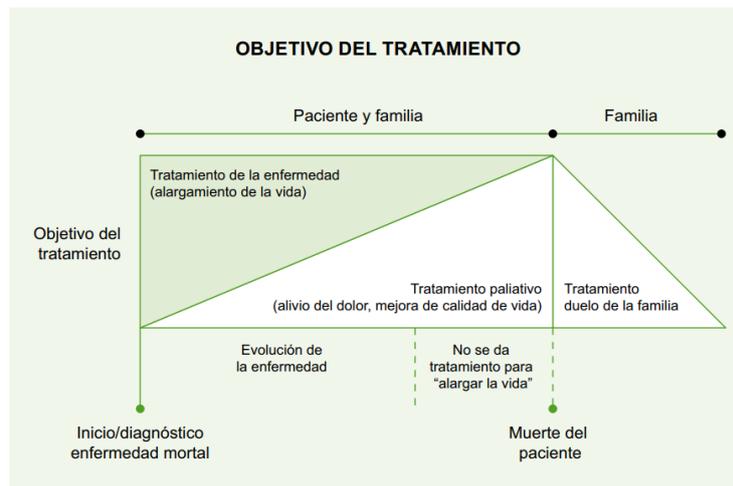


Figura 1. Objetivo del tratamiento en función del tiempo de evolución de una enfermedad mortal. Fuente: Martínez-Selles y cols. (2)

Sería conveniente que los CP se iniciasen en los inicios de la enfermedad, tal y como muestra la figura 1, sincrónicamente con los tratamientos activos. Igualmente, incluso en las fases finales de la enfermedad, cuando predomina el tratamiento paliativo, puede existir un espacio que esté destinado a prolongar la vida (2).

Por otra parte, el duelo es el proceso que se experimenta con la pérdida de un ser querido. Durante este periodo, aprendemos a convivir sin la presencia del fallecido, en la que pueden

aparecer sentimientos y pensamientos de todo tipo. Como, por ejemplo, tristeza, enfado, soledad, incertidumbre, etc. Se trata de una etapa de duración variable, por ello, se debe tener en cuenta que el duelo puede precisar atención durante un periodo prolongado en el tiempo <sup>(2, 16)</sup>.

### **1.2 Historia de los cuidados paliativos**

La forma de afrontar la muerte ha ido cambiando según el momento histórico o bien a medida que la especie humana y las sociedades se desarrollaban. Lo cierto es que, desde el inicio de la humanidad la muerte ha estado presente <sup>(7)</sup>.

Cada civilización, pueblo o cultura tiene su propia concepción sobre la muerte, su propio punto de vista y en ella se desenvuelve un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos como pueden ser sus creencias, valores, rituales, costumbres, etc. <sup>(8)</sup>

Las culturas mesolíticas desarrollaban rituales en el lecho de muerte del difunto, tomando conciencia del proceso de muerte y haciendo uso de remedios naturales. Es en este periodo cuando se tiene constancia de las primeras interacciones con la muerte <sup>(7)</sup>.

Con la llegada del cristianismo, afloraron las instituciones destinadas al cuidado de los enfermos. La intención era más caritativa que dedicada a los cuidados sanitarios en sí, no obstante, supone un gran cambio, pues hasta el desarrollo de este concepto la cultura hipocrática divulgaba la creencia de que los enfermos en fase terminal estaban recibiendo un castigo divino y, por tanto, se negaba el contacto con estos. <sup>(7)</sup>

Nos remontamos al siglo IV, periodo de Constantino, momento en el que surge el Hospicio. Esta es una palabra latina que proviene de Hospitium, cuyo significado inicial hace referencia al sentimiento de calidez experimentado entre el anfitrión y el huésped y al espacio donde tal interacción tiene lugar <sup>(7, 13)</sup>. En esta misma época, inspirados en la caridad cristiana, se fundaron diversas instituciones consideradas como los primeros hospitales u hospicios, comenzando por el territorio bizantino, continuando por Roma y, finalmente, extendiéndose por toda Europa. El primer hospital fue erigido por Fabiola, discípula de San Jerónimo, en el año 400 con el fin de atender a aquellos peregrinos, huérfanos, enfermos y demás segregados que llegaban a Ostia, el puerto de Roma, desde Asia y África <sup>(13, 17, 18)</sup>.

Durante la Edad Media, los hospicios estaban destinados a proveer hospedaje y a acoger a los peregrinos que, en numerosas ocasiones, venían gravemente enfermos o moribundos. De tal forma que, estos lugares, además de dar alimento y refugio a los extranjeros, se les proporcionaba cuidados, pese a que el fin curativo era prácticamente nulo debido a lo limitada que se encontraba la medicina por aquel entonces. <sup>(7, 17, 18)</sup>. Estas instituciones estaban situadas principalmente en las rutas más transitadas como en el Camino de Santiago, el Hospital de San Marcos de León, La Abadía de Samos en Orense o el Castillo de los Templarios en Ponferrada <sup>(18)</sup>.

Hasta 1842, en Lyon, no se vuelve a emplear el término "hospicio". Esta vez como un lugar específico para el cuidado de enfermos terminales. A cargo de Madame Jeanne Garnier, la fundadora de la Asociación de las Damas de Calvario, quien inauguró el primer Hospice Des Dames de Calvaire en París en el año 1874. Posteriormente, continuó construyendo más hospicios en diversas ciudades francesas. Tomándola de referencia, Anne Blunt Storrs creó en 1899 la fundación del Calvary Hospital en Nueva York. Con el paso de los años aparece la instauradora de las Hermanas de la Caridad Irlandesas, Mary Aikenhead, quien fundó Our Lady's Hospice en Dublín y el St. Joseph Hospice en 1879 y en 1905, respectivamente. Este último será empleado por la doctora Saunders para la realización de estudios sobre la utilización de opiáceos años después <sup>(7, 13, 17, 18)</sup>.

Este movimiento pionero se extendió hasta Reino Unido. En 1885 se creó el Hospicio St. Columba, en 1892 el Hospital de Dios y en 1893 el St. Luke's Home for the Dying Poor, fruto del Dr. Howard Barrett, el primero en individualizar a los pacientes teniendo en cuenta sus necesidades. Este nuevo concepto de tratar al paciente de forma individual y teniendo en cuenta sus menesteres es reconocido por Saunders como una de las mayores influencias en los planes que se llevaron a cabo inicialmente en el St. Christopher's Hospice <sup>(7, 19)</sup>.

Dame Cicely Saunders estudió Ciencias políticas, Filosóficas y Económicas en la Universidad de Oxford. En el año 1940, al estallar la Segunda Guerra Mundial, decide comenzar a estudiar enfermería. Una lesión la obligó a dejar sus estudios como enfermera. A pesar de ello, para seguir manteniendo el contacto con los pacientes, se gradúa en Administración Pública y Social. Fue entonces cuando conoció a David Tasma, un judío refugiado con cáncer terminal. Al comprobar las condiciones de abandono a las que se enfrentaban muchos de estos enfermos terminales, retomó su profesión como enfermera de manera altruista en el St. Luke's Home for the Dying Poor <sup>(7, 17-19)</sup>.

A sus 33 años ingresó de nuevo en la universidad, esta vez para estudiar Medicina <sup>(17)</sup>. Su labor en el St. Joseph Hospice, una vez graduada, fue crucial. Durante siete años, entre 1958 y 1965, se dedicó a trabajar e investigar sobre el cuidado de los enfermos terminales. Allí observaba, registraba y monitorizaba los resultados sobre el control del dolor y otros síntomas de los pacientes <sup>(18)</sup>.

Se marca el inicio oficial del llamado Movimiento de Hospicios Modernos <sup>(17)</sup> en 1967, año en el que fue inaugurado el St. Christopher's Hospice en Londres, por la ya mencionada Cicely Mary Saunders. Fue el detonante del cambio de paradigma en la atención sanitaria <sup>(8)</sup>.

Se trataba de una fundación cristiana que contaba con un equipo de voluntarios que trabajaba con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas aquejadas de enfermedades o que se encontraban en el transcurso final de su vida. Se atendía a cualquier persona, independientemente de su poder adquisitivo, raza o cultura. Además, la fundación presentaba un programa de investigación sobre el alivio y otros síntomas <sup>(18)</sup>.

Con las características de una enfermera; visión global, calidez humana y entusiasmo por su oficio, dedicó toda su vida a la atención de los enfermos en el trayecto final de su vida. La determinación queda patente en su logro de conseguir controlar el sufrimiento y facilitar unos CP de máxima calidad <sup>(8)</sup>.

El método de trabajo de la considerada líder de la medicina paliativa contemporánea comenzó a ser conocido en otras partes del mundo y permitió abrir el camino hacia la investigación de los CP <sup>(18)</sup>.

Siglo	Año	Lugar	Tipo de centro	Persona
V	400	Ostia.	Hospicio en el Puerto de Roma.	Fabiola, discípula de San Jerónimo.
XII	-	Europa.	Hospicios y hospederías medievales.	Caballeros Hospitalarios.
XVII	1625	Francia.	Lazaretos y Hospicios.	San Vicente de Paúl y las Hijas de la Caridad.
XIX	1842	Lyon.	Hospices o Calvaries.	Jean Granier y la Asociación de Mujeres del Calvario.
XIX	-	Prusia.	Fundación Kaiserwerth.	Pastor Filinder.
XIX	1879	Dublín.	Our Lady's Hospice.	Madre Mary Alkenhead y las Hermanas Irlandesas de la Caridad.
XIX	1872	Londres.	The Hostel of God (Trinity Hospice) St. Luke's Home y otras Protestant Homes.	Fundaciones protestantes.
XX	1909	Londres.	St Joseph's Hospice.	Hermanas Irlandesas de la Caridad.
XX	1987	Londres.	St Christopher's Hospice.	Cicely Saunders.
XX	1975	Montreal.	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital.	Malfour Mount.

Tabla 1. Precedentes históricos del movimiento Hospice. Fuente: Dra Silvia Allende y Pablo Lafuente <sup>(7)</sup>.

### 1.3 Situación actual en España

En las últimas décadas la tasa de mortalidad en España ha experimentado un descenso gradual y sostenido en el tiempo. Los cambios en el estilo de vida, la mejoría en cuanto al control de las enfermedades infecciosas y la industrialización han traído consigo el aumento de la esperanza de vida de la población, resultando en un perfil sociodemográfico caracterizado por una alta prevalencia de enfermedades crónicas y por un envejecimiento progresivo de nuestra sociedad <sup>(14)</sup>. En la actualidad, España presenta una pirámide regresiva (también conocida como bulbo) caracterizada por un porcentaje de personas mayores significativo.

Cabe destacar que un 60% de las muertes prematuras son causadas por enfermedades crónicas <sup>(13)</sup> y que, aproximadamente un 50% de las personas que padecen este tipo de enfermedades necesita algún tipo de recurso de CP <sup>(20)</sup>.

Hogaño, la esperanza de vida a nivel mundial es de 71,7 años <sup>(21)</sup> y de 83,3 años en nuestro país <sup>(22)</sup>. Se prevé, además, que para el año 2025, un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años <sup>(13)</sup>.

El desarrollo de los CP surge precisamente de las necesidades sociales y demográficas a las que se enfrentan las sociedades actuales <sup>(14)</sup>.

El cambio de paradigma de la atención paliativa en nuestro país no se produjo hasta los años ochenta, cuando algunos profesionales tomaron conciencia de que existía un modo alternativo de tratar a los enfermos terminales. En el año 1982 se creó la primera Unidad de CP en España, concretamente en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla a manos de Marcos Gómez Sancho, Josep Porta o Jaime Sanz Ortiz, entre los más destacados <sup>(7, 23)</sup>.

En el año 1992 se fundó la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), un perfil multidisciplinar que se ocupa de proporcionar bienestar o confort y soporte tanto a los pacientes en fases terminales como a sus familiares <sup>(8)</sup>. Un año después, se publicó la guía de CP de la SECPAL <sup>(7)</sup>.

Con la aprobación del plan nacional de Cuidados Paliativos en el año 2000, dónde se plasmaron las bases para desarrollar los programas de atención al paciente terminal, las distintas comunidades autónomas (CCAA) incorporaron iniciativas heterogéneas, siendo Cataluña la primera comunidad en realizar una apuesta estructurada. A raíz de ello, la atención a pacientes

paliativos aumentó significativamente, pues se crearon unidades de CP como consultas externas, hospitales de día, residencias sociosanitarias o atención domiciliaria en diversas áreas y hospitales de toda España, como el Hospital Universitario Gregorio Marañón, el Hospital Duran y Reynals de Barcelona o el Hospital Universitario de la Ribera. Este hecho o el ejemplo de la Comunidad Valenciana, que cuentan con unidades de hospitalización domiciliaria en todos los hospitales del territorio, son una clara muestra del avance que han experimentado los CP en nuestro país en estos últimos años <sup>(7)</sup>. Desde la creación de la primera Unidad de CP en nuestro país, se ha experimentado un acrecentamiento constante añadiendo una media de 10 nuevos programas anualmente <sup>(23)</sup>.

Por otro lado, la Legislación española se ha visto modificada dando respuesta a la nueva realidad social y sanitaria en relación con los CP. Se han aprobado leyes o proposiciones como *“Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Congreso de los diputados. Diciembre de 2018”*, *“Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Comunidad Valenciana”* o *“Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, regulación de la eutanasia”* para dar cobertura al trabajo de los profesionales sanitarios <sup>(7)</sup>.

Pese a que la Medicina Paliativa en España es una modalidad asistencial sumamente joven que ha alcanzado un nivel de desarrollo más que aceptable y que cuenta con 260 recursos especializados en los CP <sup>(24)</sup>, algunas de las estimaciones recogidas en la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS apuntan que entre un 20% y un 25% de las personas que fallecen en nuestro país cada año precisan de atención paliativa. Sin embargo, más de 80.000 de este porcentaje mueren sin acceder a ella <sup>(20)</sup>.

## **Capítulo 2: Papel de la enfermería en los cuidados paliativos**

El enfoque de los CP puede ser fructuoso en cualquier fase de la enfermedad y pueden ser empleados en cualquier entorno y por todos los miembros del equipo sanitario. En particular, por los enfermeros, porque son el personal de salud que pasa más tiempo con los pacientes y porque desempeñan funciones de carácter de liderazgo en el ámbito de los CP a través de la educación, la investigación, la gestión, el desarrollo de políticas y la prestación directa de cuidados de enfermería <sup>(25)</sup>.

El profesional de enfermería constituye el grupo más extenso de profesionales sanitarios a nivel mundial. Esto le concede un posicionamiento estratégico para influir en la calidad de la prestación de los CP. La presencia de las enfermeras en la atención de los pacientes y sus familiares en fases terminales desempeña un papel fundamental en la reducción del sufrimiento de estas personas. Sin embargo, existe un escaso conocimiento de cuál es su papel en los CP de las distintas instituciones del sistema sanitario. Por ello, es preciso aclarar su función <sup>(25)</sup>.

El Código de Ética para las enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras de 2021, relata las cuatro responsabilidades fundamentales que toda enfermera debe llevar a cabo en la práctica: prevención de enfermedades, promoción de la salud en todo el proceso vital, restauración de la salud y alivio del sufrimiento, además de promover una muerte digna <sup>(26)</sup>.

Centrándonos en esta última, el personal de enfermería es integral en la prestación de este tipo de cuidados, como ya viene siendo desde hace décadas pues, antes de que los CP viviesen una evolución hasta, finalmente, convertirse en una especialidad, las enfermeras ya habían estado en contacto con la muerte y atendido a enfermos terminales <sup>(25)</sup>.

La enfermera es la que permanece en contacto directo y continuo con el enfermo. Aunque los pacientes reciben atención por parte de otras profesiones del ámbito sanitario, siempre precisan de unos cuidados básicos, como la ayuda con el cuidado personal. Es la enfermera la que se los proporciona, la que continúa junto al paciente cuando otro personal puede no considerarlo necesario. En esta especialidad, la capacidad de trabajo en equipo y la comunicación efectiva con todo el personal de salud es crucial. Una vez más, es la enfermera el principal vínculo entre el paciente y sus familiares y los demás miembros del equipo interdisciplinar <sup>(25)</sup>.

El principal objetivo de los profesionales de enfermería es el acto de cuidar y, en los CP, los cuidados están orientados a la búsqueda de la mayor autonomía posible y de conservar la dignidad del paciente hasta el final de sus días <sup>(15)</sup>. Para poder llevar a cabo estos objetivos es necesario la realización de un plan de cuidados. Las responsabilidades profesionales generales de las enfermeras están en consonancia directa con los principios de los CP. Las enfermeras tienen la responsabilidad de completar una valoración holística para identificar las necesidades individuales, ya sean del ámbito físico, social, emocional, espiritual, psicológico o práctico, proporcionar unas intervenciones de enfermería y evaluar el impacto de la atención prestada, siempre bajo una evidencia científica. Por otro lado, es fundamental tener en cuenta las preferencias de los pacientes para poder establecer los objetivos <sup>(27)</sup>.

A pesar de la visión integral general de los cuidados de enfermería, los CP están considerados, en la mayoría de las comunidades, como un servicio especial y, por tanto, requiere de una serie de conocimientos y habilidades específicas más allá de los que posee una enfermera general. Lo cierto es que, la buena atención al paciente terminal, incluida en los principios de los CP, no se enseñan de manera universal en todas las universidades de Enfermería. Una enfermera recién graduada no necesariamente habrá sido introducida formalmente en la filosofía y en el enfoque de atención de los CP <sup>(25)</sup>. A pesar de ello, cerca del 61% de las facultades españolas de Enfermería han incorporado esta enseñanza de forma obligatoria <sup>(8)</sup>.

Además de los amplios conocimientos y habilidades, el personal de enfermería requiere de experiencia en la gestión de emociones y en la ayuda a la persona con mal pronóstico en la toma de decisiones <sup>(25, 28)</sup>. Están encargados de orientar al enfermo y a su familia acerca del cuidado, resolver sus dudas y ofrecer apoyo emocional. Así mismo, desde el respeto, apoyan las decisiones personales de cada paciente, siempre informados por un sólido marco ético <sup>(28, 30)</sup>. La práctica enfermera debe estar orientada al fomento del autocuidado teniendo en cuenta síntomas físicos, problemas emocionales (como el afrontamiento), problemas sociales, claudicación familiar, etc. <sup>(27)</sup>

Teniendo en cuenta la importancia del rol enfermero en el CP y las diferentes modalidades de atención existentes, las enfermeras requieren de diversas competencias para la prestación de CP de calidad. El profesional enfermero tiene carácter de liderazgo, promueve una atención completa y tiene capacidad para colaborar y coordinar al equipo. Estas son habilidades esenciales para tratar a los pacientes con necesidades paliativas que incluyen; toma de decisiones, establecer objetivos, resolución de problemas y manejo de síntomas con el fin de mejorar la calidad de vida, entre otros <sup>(15)</sup>.

La gestión de síntomas, le educación del paciente y el apoyo emocional son responsabilidades claves por parte del personal de enfermería <sup>(25)</sup>.

Según Antonio Ramos, enfermero y director del Máster en Cuidados Paliativos de la escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios-Comillas, la comunicación está considerada uno de los pilares básicos sobre los que se fundamenta la atención al final de la vida. Una buena

comunicación influye positivamente en la calidad de vida percibida, incrementa los cuidados recibidos y contribuye en la disminución de la agresividad de los tratamientos aplicados. De igual forma, mantener una comunicación basada en la sinceridad con el paciente, en lo que al pronóstico se refiere, facilitará la implicación en la toma de decisiones, la base para preservar su autonomía. Las personas que conocen completamente su diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad mantienen una comunicación más efectiva con la familia y el equipo que les atiende. Por tanto, ofrecer una información veraz es una obligación ética y legal contraída por los profesionales sanitarios que atienden <sup>(28)</sup>.

Es crucial la buena comunicación con el paciente, con la familia y, en particular, con los médicos. Mantener una escucha activa, facilitar y proporcionar información son las bases de la comunicación. También lo es dar importancia a aclarar las necesidades y preferencias <sup>(25, 27)</sup>.

En el transcurso final de la vida, las enfermeras dan cuidados de confort. Estos cuidados abarcan la enfermería orientada en la ayuda para la realización de actividades básicas de la vida diaria como pudieran ser el baño, el cuidado del cabello o de la boca. Igualmente, se orienta a los cuidados de confort emocional, psicológico y existencial <sup>(25)</sup>.

Como profesionales de enfermería se debe tener en consideración que el dolor es uno de los síntomas físicos más prevalentes en los enfermos terminales, con variación en su etiología y que, en los pacientes con CP, influyen en aspectos como las emociones o las relaciones sociales, porque el dolor significa algo más que una sensación nociceptiva. Una de las competencias de la enfermera de CP es la valoración del dolor, identificar la causa, tomar decisiones en la administración de analgesia y, por supuesto, la correcta administración de esta. Por último, reevaluar la efectividad. El manejo del dolor debe tratarse teniendo en cuenta distintos factores, que integre tanto las medidas farmacológicas como las no farmacológicas. Estudios demuestran que, en ocasiones, el sufrimiento psicológico está directamente relacionado con el dolor y viceversa. El control y alivio del dolor físico tiene repercusión positiva a nivel emocional en los enfermos <sup>(27)</sup>.

Por lo tanto, proporcionar atención psicológica va de la mano de la atención física directa. El personal de enfermería ejerce un papel importante en el trabajo emocional de los pacientes para facilitar así el afrontamiento y la aceptación. Una comunicación eficaz puede reducir el malestar psicológico del paciente <sup>(25)</sup>.

La atención a los diferentes miembros de la familia en el proceso de la enfermedad y/o en el duelo, resulta un enfoque adicional para las enfermeras, pero resulta de vital importancia que estén incluidos en el plan, ya que sus necesidades deber ser atendidas. Enfermería debe tener una comunicación efectiva mostrando disponibilidad para facilitar la red de apoyo y proporcionarles información <sup>(25)</sup>.

En definitiva, los CP están integrados en todos los niveles asistenciales, en cualquier etapa de la enfermedad y pudiendo aparecer a cualquier edad. Por ende, las enfermeras prestan, con distintos niveles de formación y experiencia, cuidados de esta índole en mayor o menor medida. A continuación, nos centramos en los CP en el contexto de la atención domiciliaria, destacando un estudio en el que se descubrió que las enfermeras de atención domiciliaria realizaban una enorme variedad de actividades en un marco de valoración, planificación, intervención y evaluación, desde las actividades más simples y rutinarias hasta las más complejas <sup>(25)</sup>.

### 2.1 Beneficios de los cuidados paliativos de soporte domiciliario

Los servicios de CP se pueden establecer en distintas modalidades de atención de acuerdo con la complejidad de síntomas que presente el paciente y son la consulta externa, domiciliaria, hospitalaria o telesalud. No existe una mejor modalidad de atención, los pacientes pueden precisar de los diferentes servicios en cada uno de los niveles de atención del sistema nacional de salud <sup>(14)</sup>.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	CARACTERÍSTICA DE MODALIDAD Y TIPO DE PACIENTES	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE LO CONFORMA
Consulta externa	Pacientes no complejos Prestador de atención primaria	Médicos generales con formación básica en cuidados paliativos. Médicos familiares y otros especialistas con formación básica o intermedia en cuidados paliativos
Domiciliaria	Pacientes con algún grado de dependencia. Pacientes no complejos. Pacientes que tengan cuidador familiar. Domicilio del paciente con condiciones mínimas de servicios públicos. Pronóstico paliativo definido Prestador complementario	Médico con entrenamiento en cuidado paliativo. Enfermera Trabajador social Voluntarios Guía espiritual Auxiliar de enfermería
MODALIDAD DE ATENCIÓN	CARACTERÍSTICA DE MODALIDAD Y TIPO DE PACIENTES	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE LO CONFORMA
Hospitalaria	Atención a pacientes para el control puntual de síntomas específicos no controlados. Pacientes complejos y altamente complejos. Prestador complementario	Equipos de soporte y cuidado paliativo. Especialista en cuidado paliativo. Enfermera. Equipo psicosocial (trabajador social y psicólogo). Auxiliares de enfermería. Guía espiritual. Farmacéutico (opcional). Fisioterapeuta.
Telesalud	Permite realizar actividades de teleorientación en salud y teleapoyo. Permite la comunicación con el paciente a través de plataformas tecnológicas. Favorece principalmente a pacientes de zonas dispersas con limitaciones en el acceso a los servicios. Servicios: (4) Telesalud interactiva. Telesalud no interactiva. Telexperticia. Telemonitoreo. Prestador complementario.	Especialista en cuidado paliativo. Enfermera. Médico general entrenado en cuidados paliativos. Equipo psicosocial. Guía espiritual.

Tabla 3: Conformación de equipos de Cuidados Paliativos. Fuente: Manual básico de enfermería paliativa <sup>(14)</sup>.

Para la selección del tipo de atención, se debe valorar la complejidad del paciente y su entorno, tener en cuenta los diferentes recursos con los que cuenta el paciente (económicos, sociales, servicios públicos, etc.) o los recursos con los que cuenta la familia para la asignación de la atención domiciliaria y, finalmente, determinar la modalidad más favorable <sup>(14)</sup>.

Morir dignamente es un derecho de toda persona. Como ya se ha mencionado con anterioridad, los objetivos de la atención deben adaptarse a los deseos, preferencias y valores de la persona. Esto implica la libertad de decisión sobre cómo y dónde se desea morir.

Varios estudios demuestran que en entornos en los que no se reconoce la prestación o el verdadero valor de los CP, como pudieran ser las unidades de cuidados intensivos, servicios de

urgencias, unidades de maternidad o pediátricas, porque se centran más bien en un tratamiento curativo rápido y eficaz, resulta difícil para las enfermeras hacer el cambio a la prestación de CP. Sumado a que, en ocasiones, con el ajetreo de los hospitales se carece de intimidad y tranquilidad, el contexto es de suma importancia para proporcionar una atención holística al final de la vida <sup>(25)</sup>.

Bajo este argumento, se sabe que en Europa un alto porcentaje de enfermos terminales tiene preferencia por pasar las últimas fases de la enfermedad y el fallecimiento en su hogar. Desafortunadamente y, a pesar de disponer de todos los recursos necesarios y la primera intención es facilitar la posibilidad de que la muerte se produzca en el propio domicilio, la reagudización o mal control de síntomas provoca el ingreso hospitalario <sup>(29)</sup>. Por otro lado, se han identificado diferentes factores que influyen sobre el lugar donde se produce la muerte y que pueden entorpecer su proceso en el domicilio. El principal factor es el tipo de enfermedad que padece el enfermo terminal y, por ende, la impredecible evolución de la misma. Existen otros factores muy relacionados como pudieran ser el sistema sanitario del país, la implicación por parte de los familiares, la situación sociocultural e incluso la tendencia de un propio país según la zona de residencia, como ocurre en España. Comunidades como Madrid presenta más tendencia a vivir la muerte en hospitales frente a otras como Andalucía o la Comunidad Valenciana, donde el domicilio suele ser el lugar de elección <sup>(30)</sup>.

Son numerosos los beneficios que suponen pasar las diferentes fases de la enfermedad y, sobre todo, el fallecimiento en el domicilio. En primer lugar, los CP domiciliarios permiten seguir rutinas, continuar haciendo vida social y mantener la autonomía y dignidad. Se ha evidenciado que la prestación de cuidados en el hogar permite más humanización e intimidad, además, es un lugar favorable para la preparación y/o despedida de un ser querido, en contraposición del hospital, un lugar frío, hostil y mucho más despersonalizado <sup>(29)</sup>. Varios son los autores que confirman la superioridad en cuanto a calidad de vida percibida por los familiares de pacientes que habían fallecido en el domicilio contra la sensación de los familiares de personas fallecidas en hospitales o residencias <sup>(30)</sup>.

La atención domiciliaria permite prestar a los profesionales sanitarios una atención mucho más personalizada. Acudir a los hogares genera una mayor confianza e intimidad, tanto con el paciente como con los individuos implicados en el cuidado. Un estudio nacional destacaba la satisfacción de las familias sobre los cuidados recibidos. Aseguraban haber recibido formación e información por parte los enfermeros del equipo de soporte domiciliario de CP para ser ellos mismo los que realizasen los cuidados y haberse sentido protegidos <sup>(30)</sup>.

Para poder ofrecer el máximo confort al paciente en la etapa final de su vida, es preciso brindar una adecuada atención a los familiares y cubrir sus necesidades, especialmente al cuidador principal, mediante una intervención multidisciplinar que acuda periódicamente al domicilio. Esto puede evitar el riesgo de cansancio del cuidador y una posterior claudicación, para que pueda seguir prestando cuidados continuados <sup>(29, 30)</sup>.

Finalmente, se ha evidenciado la eficacia de los CP domiciliarios en el adulto mayor en cuanto a la disminución de reingresos hospitalarios por enfermedades crónicas terminales, la disminución de infecciones intrahospitalarias, la reducción de la estancia hospitalaria y, por consiguiente, los gastos hospitalarios. Bajo este último razonamiento, que el modelo de atención de CP domiciliarios cuente con un equipo multidisciplinar es equivalente a un servicio rentable, en tanto que ayuda a disminuir de forma exponencial los gastos sanitarios <sup>(31)</sup>.

### **Capítulo 3: Ley de Eutanasia en España**

En el transcurso final de la vida de una persona con procesos degenerativos irreversibles, se amplía el espectro de tratamientos con distinta valoración desde el punto de vista político, ético, filosófico, social, religioso y, ciertamente, desde el ámbito de la salud. Entre las principales posibilidades terapéuticas que se incluyen en el concepto global de muerte digna destacan: los CP, los tratamientos activos y de soporte como, por ejemplo, ventilación asistida o tratamientos oncológicos, la sedación terminal, el suicidio medicamente asistido (SMA) o la eutanasia <sup>(32)</sup>. Esta última alternativa ha generado intensos debates públicos durante las últimas tres décadas en nuestro país.

Los cambios sustanciales en la percepción social de la eutanasia vienen dados por el despliegue mediático derivado de algunos sucesos en los que enfermos terminales solicitaban la muerte para evitar así el sufrimiento o la vivencia de las fases más degradantes de la enfermedad, como el lance de Ramón Sampederro. Este caso, entre otros, ha provocado el proceso de reflexión y evidenciado la necesidad de atender las problemáticas humanas que se plantean en estas situaciones <sup>(10)</sup>.

Dado el activismo incansable de ciertas entidades como la Asociación Derecho a una Muerte Digna (DMD) que expresaban, desde la bioética, la conveniencia de legalizar la eutanasia, dada la evolución de la opinión pública y dada la aparición en este contexto de los profesionales sanitarios, se abrió camino al planteamiento de que, en determinadas situaciones, es legítimo considerar la posibilidad de poner fin a la vida por decisión propia <sup>(10)</sup>. Dando respuesta a esa demanda y, tras varias proposiciones fallidas presentadas en el Congreso dirigidas a la regulación de la Ley de eutanasia, el 18 de marzo de 2021 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó por 202 votos a favor, 141 votos en contra y 2 abstenciones la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), presentado por el grupo parlamentario socialista. Tres meses después, la Ley entró en vigor y, desde entonces, España se convirtió en uno de los países que reconoce el derecho de recibir ayuda para morir garantizando el correcto ejercicio <sup>(33)</sup>.

Por otro lado, continúa existiendo en relación con los CP y la eutanasia un aspecto que genera controversia, relativo a si se consideran conceptos complementarios o por el contrario son antagonistas. Los CP han experimentado un importante impulso, no como una estrategia contrapuesta sino adicional. Países donde la eutanasia está legalizada, como Bélgica, exigen la inclusión o posibilidad de enclave en programas de CP para poder acceder posteriormente a la eutanasia <sup>(32)</sup>.

Con el fin de garantizar la calidad y equidad asistencial de este servicio, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó un documento en el que se instauran una serie de sugerencias que guíen a los profesionales y a las administraciones sanitarias para garantizar la correcta praxis de esta Ley, el Manual de Buenas Prácticas. El manual será revisado y actualizado periódicamente. En él se recogen distintos apartados como, por ejemplo, el marco normativo, define las funciones de los profesionales sanitarios, detalla las fases del procedimiento, etc. <sup>(34)</sup>

La LORE propone la siguiente definición de la eutanasia: «Acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento» <sup>(35)</sup> Así mismo, indica que esta prestación se puede producir en dos modalidades. La administración directa de una sustancia al paciente por parte del profesional sanitario, la eutanasia, o la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una

sustancia, de tal forma que esta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte. Es lo que se conoce como SMA <sup>(35, 36)</sup>.

### **3.1 Requisitos para solicitar la prestación**

Toda persona que cumpla los cuatro requisitos previstos en la LORE, de acuerdo con el artículo 5 de dicha Ley, que se van a enunciar a continuación, tendrá el derecho a solicitar y a recibir la prestación de ayuda para morir <sup>(10, 34, 35)</sup>.

- Se debe tener bien la nacionalidad española, bien la residencia legal en España o bien un certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Ser mayor de edad, es decir, tener más de 18 años.
- Padecer una enfermedad grave o incurable o un procedimiento grave, crónico e imposibilitante certificado por el/la médico responsable (en el artículo 3 de la LORE aparecen definidos estos conceptos).
- Ser consciente y capaz en el momento que se realiza la solicitud. En el supuesto de que el médico responsable considere que la persona se encuentra en una situación de incapacidad de hecho, se seguirá lo previsto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido, de acuerdo con el Protocolo de Actualización para la Valoración de la Incapacidad de Hecho.

### **3.2 Fases del procedimiento**

Desde el artículo 7 al artículo 12 del texto de la LORE están recogidos los diferentes pasos, desde la petición inicial hasta la práctica final. Se debe tener en cuenta que existen plazos máximos en todas las fases del procedimiento <sup>(10)</sup>. *(Anexo 1)*

#### **Primera solicitud:**

En esta primera diligencia el paciente debe presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir al médico/a responsable de coordinar toda su información y asistencia sanitaria en la prestación de morir. Esta deberá realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia. Además, deberá estar firmada y fechada por el paciente en presencia de algún profesional sanitario. Hecho esto, el médico/a deberá firmar en la solicitud, incorporarla en su historia clínica y verificar que cumple con los requisitos señalados en los artículos 5.1 o 5.2 de la LORE. A continuación, el médico/a responsable deberá informar al paciente en el caso de denegación de la solicitud en un plazo máximo de 10 días desde que se presenta la solicitud <sup>(34, 35)</sup>.

Tras la primera petición, habiendo sido aceptada, se inicia un proceso deliberativo, de un máximo de dos días naturales, en el que el médico/a y paciente discutirán las alternativas terapéuticas disponibles, así como la posibilidad de acceder a CP integrales comprendidos en la cartera de servicios. Para que el paciente pueda tomar una decisión fundada en el conocimiento y de manera autónoma, el profesional sanitario responsable le facilitará la información sobre su proceso médico por escrito u otro medio en los tres días siguientes del proceso deliberativo <sup>(34, 35)</sup>.

Por otro lado, existe la posibilidad de revocar la solicitud de la prestación de ayuda para morir en cualquier momento. De igual forma, podría aplazarse. En ambos casos, deberá realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia <sup>(34, 35)</sup>.

**Segunda solicitud:**

Pasados al menos 15 días naturales desde la primera solicitud y, siempre y cuando el paciente quiera seguir adelante con el proceso, se realizará una segunda solicitud al médico/a responsable. Se reanuda el proceso deliberativo una vez solicitada la segunda petición con el paciente con los mismos plazos que el primero <sup>(34, 35)</sup>.

Finalizado el segundo proceso deliberativo, el médico/a responsable preguntará al paciente si desea continuar con el proceso o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En caso de que se siga adelante, el médico/a transmitirá su decisión al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería. De la misma forma, si así lo desea el paciente, se lo comunicará a los familiares y/o allegados que este indique. Por otro lado, la persona que pide la eutanasia deberá firmar el documento del consentimiento informado. Dicho consentimiento se incorporará a su historia clínica <sup>(34, 35)</sup>.

**Tercer paso:**

Posteriormente, habiendo finalizado el segundo proceso deliberativo y recabado el consentimiento informado del paciente, el médico/a responsable deberá ponerse en contacto con un segundo médico/a, el médico/a consultor/a, para consultar el caso, teniendo este segundo formación en el ámbito de la patología del paciente y sin pertenecer al mismo equipo asistencial del primero <sup>(34, 35)</sup>.

El médico/a consultor/a estudiará el caso, examinará al paciente y verificará el cumplimiento de los requisitos contemplados en el artículo 5.1 de la LORE. Asimismo, comprobará que se han formulado correctamente las dos solicitudes de forma voluntaria y por escrito, fechadas y firmadas y que el plazo transcurrido entre ambas solicitudes haya sido superior a 15 días. Comprobará además que el paciente dispone, por escrito, de la información que existe sobre su proceso médico y de que ha prestado su consentimiento informado, también por escrito u otros medios válidos, y se ha incorporado a su historia clínica <sup>(34, 35)</sup>.

**Cuarto paso:**

Tras la verificación de cumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados, el médico/a consultor/a remitirá su informe, favorable o desfavorable, al médico/a responsable en un plazo máximo de 10 días naturales desde la segunda solicitud <sup>(34, 35)</sup>.

Si el informe es favorable, será el médico/a responsable el encargado de comunicar al paciente la posibilidad de continuar con la tramitación en un plazo máximo de 24 horas <sup>(34, 35)</sup>.

**Quinto paso:**

En un plazo máximo de 3 días hábiles desde la recepción del informe favorable del médico/a consultor/a, el médico/a responsable anunciará la solicitud de prestación de ayuda para morir al presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación para proceder a la comprobación de requisitos <sup>(34, 35)</sup>.

**Sexto paso:**

Una vez el presidente/a recibe la comunicación designará a un profesional de medicina y a un jurista de entre sus miembros, en un plazo máximo de dos días, para verificar si se cumplen los requisitos establecidos en la ley. Durante este proceso de evaluación del caso, los dos miembros

podrán examinar su historia clínica o entrevistar al paciente, al médico/a responsable y/o al médico/a consultor/a, si lo considerasen preciso <sup>(34, 35)</sup>.

**Séptimo paso:**

Los dos miembros designados examinarán el caso y verificarán el correcto cumplimiento de todos los requisitos. Mientras tanto, elaborarán un informe en un plazo máximo de 7 días naturales <sup>(34, 35)</sup>.

**Octavo paso:**

Finalizado el informe, el profesional de medicina y el jurista lo remitirán al presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación. El informe podría ser favorable, desfavorable o, incluso, podría darse el desacuerdo entre ambos miembros <sup>(34, 35)</sup>.

**Noveno paso:**

En caso de que el informe sea favorable, el presidente/a de la Comisión de Garantía y Evaluación expedirá el informe al médico/a responsable en un plazo máximo de 2 días hábiles. Dicho informe servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir <sup>(34, 35)</sup>.

**Décimo paso:**

Llegado este punto, entre 30 y 40 días desde la petición original, ya se podría llevar a cabo la práctica de eutanasia en el momento en el que el paciente así lo decida. El proceso no debe ser inmediatamente después de recibir la autorización, como así señala el artículo 6.3 de la LORE, en el que prevé expresamente la posibilidad de que el paciente solicite el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir <sup>(34, 35)</sup>.

Finalmente, tras el fallecimiento del paciente, el médico/a responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación, en un plazo máximo de 5 días naturales, dos documentos con una serie de datos e identificados con un número de registro. Una vez concluya la verificación de la prestación de ayuda para morir, se procede a archivar toda la documentación en la historia clínica del paciente <sup>(34, 35)</sup>.

**3.3 El rol de enfermería en el proceso de eutanasia**

El papel de las enfermeras en el proceso de eutanasia o SMA es un tanto paradójico. Está demostrada la participación por parte del personal de enfermería en este proceso ya que cubren las necesidades básicas de los enfermos terminales, en numerosas ocasiones son ellas las primeras en recibir la primera solicitud de deseo de morir e incluso, en países donde la eutanasia es legal, son precisamente ellas las encargadas de cargar y administrar la medicación. Así mismo, las propias enfermeras reivindican el desarrollo de políticas que avalen su implicación en el procedimiento.

La LORE hace mención puntual de los profesionales de enfermería sin llegar a contemplar de manera explícita cuál es su rol en este proceso. Tampoco el Manual de Buenas Prácticas, las guías ni los protocolos indican cuál debe ser la actuación enfermera en esta situación. A pesar de ello, la enfermera sabe que en este contexto debe <sup>(36, 37)</sup>:

- Cuidar de la persona y de sus familiares y/o allegados, en su totalidad. Manteniendo en todo momento la intimidad y confidencialidad, así como proporcionando información sobre cómo se va a realizar la prestación o cómo se desarrolla.

- Acompañar al paciente y a sus familiares y/o allegados durante todo el proceso. Incluido el proceso de duelo.
- Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones, participando así en el proceso deliberativo.
- Realizar las técnicas y cuidados enfermeros que precisen en el transcurso de la práctica.

Según unos estudios realizados en Holanda, Bélgica y Canadá, países con experiencia en la práctica de la eutanasia, evidencian el papel activo que ejercen las enfermeras durante todos y cada uno de los aspectos que conforman el proceso de morir, incluso después de su muerte, acompañando a los familiares en el proceso de duelo. La enfermera está presente en el acto en la mayoría de los casos, destacando su función en el consuelo y atención inmediata del paciente y sus allegados <sup>(38)</sup>. Han constatado, además, que la labor enfermera es fundamental, en tanto que su posición permite el vínculo entre el equipo multidisciplinar y el paciente.

Pese a que es Canadá el único país que recoge un marco legal y teórico desarrollado en lo que a competencias enfermeras se refiere y, en consecuencia, potencia su independencia y autonomía, no distan mucho de lo que realizan las enfermeras belgas u holandesas en la práctica <sup>(37)</sup>.

Parte del proceso de atención a las personas solicitantes de ayuda para morir es el cuidado enfermero. Un cuidado elaborado en torno al respeto, el acompañamiento y la búsqueda de contextos favorables que promuevan la corresponsabilidad entre el cuidador y la persona que precisa de dicho cuidado. En el contexto de la eutanasia, el cuidado es, sobre todo, la creación de un nexo que asegure el confort y la seguridad para que la persona deposite confianza en el profesional, pueda expresar libremente sus sentimientos, miedos e inseguridades y pueda tomar la decisión de solicitar ayuda para morir de acuerdo con sus creencias y valores. En este sentido, las enfermeras son profesionales clave por su apuesta en el cuidado individual, por su proximidad y, por supuesto, por su creciente desarrollo en CP para cubrir y satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria al final de la vida, especialmente en términos de proporcionar bienestar diario, en el manejo del dolor y el apoyo emocional hacia las personas y a sus familiares. Por ello, es incuestionable lo mucho que puede brindar el profesional de enfermería hacia el final de la vida <sup>(37)</sup>.

Por otro lado, las enfermeras que acompañan y prestan cuidados en el transcurso final de la vida, están constantemente en contacto con la muerte. Por ello, el profesional debe desarrollar o tener ciertas habilidades que le permitan manejar este tipo de situaciones que generan estrés emocional. A su vez, no pueden carecer de otras habilidades como la planificación de cuidados anticipados, ni de poseer conocimientos acerca de los recursos disponibles <sup>(28)</sup>.

Las enfermeras ocupan un puesto con alta responsabilidad en el cuidado directo. La prestación de CP, en la que se incluye la eutanasia, es una tarea no exenta de dificultades que, aparte de la carga emocional que puede llegar a suponer para los profesionales, a menudo actuar en estos contextos plantea un conflicto ético, pudiendo llegar incluso a cambiar la relación con el paciente y su familia <sup>(39)</sup>.

En numerosas ocasiones, deben realizar actividades por orden médica con las que no estén de acuerdo. Esta conjetura en las que las enfermeras no pueden aceptar ser partícipes del suicidio asistido o de la eutanasia, debido al conflicto de valores, es conocido como objeción de conciencia. Esta se plantea como la cuestión ética entre el derecho de la prestación a la persona y el derecho del profesional de enfermería a preservar sus convicciones personales <sup>(36, 37)</sup>.

El artículo 2.8 del Código de Ética para las enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras indica que es una solución legal y éticamente correcta que los profesionales de enfermería prefieran abstenerse y ejercer su derecho legal a la objeción de conciencia. Siempre y cuando se prime el beneficio del paciente y se ponga el foco principal en la persona para poder seguir garantizando la prestación de cuidados según sus necesidades individuales, el fin último de nuestra profesión <sup>(36, 38)</sup>.

### **Conclusión**

Los cuidados al final de la vida se han destacado como un elemento consustancial a la humanidad desde un principio. Los avances tecnológicos y la búsqueda de la prolongación de la vida han supuesto un incremento de la cronicidad y han introducido cambios en las necesidades sociales. Esto, a su vez, ha traído consigo un inexorable desarrollo de los CP en nuestro país.

La enfermería es una disciplina científica en constante desarrollo. Debido a la investigación y al alumbramiento de nuevos conocimientos, el tipo de asistencia prestada a pacientes y familias ha sufrido un cambio significativo.

El papel que ejercen los profesionales enfermeros en la prestación de estos cuidados no posee el reconocimiento social ni la cobertura legal necesarios para acometer satisfactoriamente este servicio. Se les posiciona en un segundo plano respecto a la categoría profesional de la medicina, cuando en la práctica real ejercen un papel de liderazgo, de coordinación y constituyen el nexo entre los pacientes, su entorno y el resto de las componentes del equipo sociosanitario. Se yergue, en definitiva, como la piedra angular de todo el proceso.

Tras varios intentos infructuosos de conseguir su aprobación en el Congreso de los Diputados, el 18 de marzo de 2021 fue finalmente aprobada la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, regulación de la eutanasia. Esto supone un avance en el reconocimiento de los derechos individuales. Pese a la diversidad de opiniones en una sociedad plural, el balance global es positivo al canalizar una reivindicación histórica que tanto sufrimiento ha provocado a muchas personas, familias y colectivos profesionales.

Si bien es cierto que una buena prestación de CP ha demostrado la mejora de calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, no excluye la posibilidad de que una persona en fase terminal tenga el deseo de solicitar la ayuda para morir, siendo la eutanasia un concepto complementario a los CP, como ya se exponía en el texto.

Bajo mi punto de vista, es exiguo el reconocimiento que se le da al profesional de enfermería en la LORE. La mención y desarrollo de las competencias legislativas atribuidas a estos profesionales distan mucho de la realidad asistencial y del rol fundamental que ejercen en este proceso. Nuestra profesión muestra, a través de evidencias tangibles, ser el eje vertebrador.

Soy optimista respecto al futuro. La aplicación de la Ley dará evidencia, como ya está dando, que nuestra profesión juega un papel crucial a través del acompañamiento, de la escucha activa y demás intervenciones. Esto conllevará futuras modificaciones a nivel legislativo donde quede reflejado con exactitud el papel que deberá ejercer la enfermera en la prestación de ayuda para morir.

Considero, además, que la legalización de la eutanasia no supone un cambio en el papel que ejerce el profesional de enfermería en el cuidado de enfermos al final de la vida. Estos profesionales, como parte fundamental del equipo, seguirán centrándose en la esencia de nuestra profesión, el cuidado, y garantizando la dignidad del paciente.

## **Bibliografía**

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. *Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días*. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2021. ISBN: 978-84-09-25534-4.
2. Castillo A, Corbí B, Fernández R, et al. *Cuidados Paliativos Guía para Atención Primaria*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos: Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional; 2021. DL M 33777-2021.
3. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población: Defunciones* [Internet]. Madrid: INE; 2021 [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/up/qBpmlH24>
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
5. *Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles [Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. *Cuidados paliativos. Datos y cifras* [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020 [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>
7. Allende S, Lafuente P. Historia de los cuidados Paliativos. Introducción a los cuidados Paliativos [Internet]. [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60817663/M1T1 - Paliativos iberico20191006-26636-1jxhngp-libre.pdf?1570416777=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHistoria\\_de\\_los\\_cuidados\\_Paliativos\\_Intr.pdf&Expires=1679330335&Signature=HQI7HarMd74ddWNYQ15WWpwP3JKpTo7BojFs4TlwlCyHPO2sak-I9RQrU3CdX9enNX4xx-MVS6~LMOjFGDd19oMjrlts6JamjZN5JhE5RiVpjZZS7~QKB~J7vEZOUlfZSKk~wCH1VdWmu1Y2KxnKuEsLLs9tO-orbSpa9cHZ2Wa3Yer0iMj6CzrxydK7wYrINEX3T7vo3rC1~pXxzSHNfhrQZjOlyLj3of2JVg9tELTDc45cxQJsr77zoCpeSYU8~KOc9wWkd~XZQ15X~CoQG4TZmbTl8xdFsZx-uRtrwhVFvV~BU8DRX6FJR~ovWr2oJXbQhNv9hQ1wMOXm5xyMQ\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60817663/M1T1 - Paliativos iberico20191006-26636-1jxhngp-libre.pdf?1570416777=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHistoria_de_los_cuidados_Paliativos_Intr.pdf&Expires=1679330335&Signature=HQI7HarMd74ddWNYQ15WWpwP3JKpTo7BojFs4TlwlCyHPO2sak-I9RQrU3CdX9enNX4xx-MVS6~LMOjFGDd19oMjrlts6JamjZN5JhE5RiVpjZZS7~QKB~J7vEZOUlfZSKk~wCH1VdWmu1Y2KxnKuEsLLs9tO-orbSpa9cHZ2Wa3Yer0iMj6CzrxydK7wYrINEX3T7vo3rC1~pXxzSHNfhrQZjOlyLj3of2JVg9tELTDc45cxQJsr77zoCpeSYU8~KOc9wWkd~XZQ15X~CoQG4TZmbTl8xdFsZx-uRtrwhVFvV~BU8DRX6FJR~ovWr2oJXbQhNv9hQ1wMOXm5xyMQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
8. Martínez M<sup>a</sup> B, Monleón M, Carretero Y, García-Baquero M<sup>a</sup> T. *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida* [Libro en Internet]. Barcelona: Elsevier; 2022 [Acceso febrero de 2023] (pp. 1-34). Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=g4h0EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cuidados+paliativos&ots=Ud2slybay-&sig=caEBSehGB2GRMVCVLEZ93pABVZWQ#v=onepage&q&f=true>

9. Altisent R, Nabal M, Muñoz P, et al. *Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? [Euthanasia: is this the law we need?]* [Internet]. 2021 [Acceso marzo de 2023]; 53(5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-eutanasia-es-esta-ley-que-S0212656721000913>
10. Terribas N. *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España: cuestiones polémicas sobre su aplicación* [Internet]. Folia Humanística. 2022 [Acceso marzo de 2023]; 7(2): 1-25. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/foalihumanistica/issue/view/392/289>
11. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
12. Riveros Ríos M. *Acceso universal de los cuidados paliativos: Derecho universal a no sufrir Análisis desde la visión bioética y de derechos humanos* [Internet]. Scielo. 2017 [Acceso febrero de 2023]; 50(2). Scielo; ISSN 1816-8949. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-89492017000200067#B3](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492017000200067#B3)
13. Del Río M, Palma A. *Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo* [Internet]. 2007 [Acceso febrero de 2023]; 32(1). Disponible en: <https://www.paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CuidadosPaliativosHistoriaydesarrollo.pdf>
14. Rojas C, Rincón E, Sánchez M, et al. *Manual básico de Enfermería Paliativa* [Internet]. Colombia: Universidad el Bosque; 2022 [Acceso febrero 2023]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf>
15. Erazo J. *Cuidados Paliativos: Aspectos generales* [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Santander, Universidad de Cantabria; 2018 [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14775/Erazo%20Alegr%c3%da%2c%20Juan%20David.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. *Información para familiares y allegados de personas en situación de últimos días. Recomendaciones para acompañar a su ser querido* [Internet]. Ministerio de Sanidad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t, Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS); 2021 [Acceso marzo 2023]. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc\\_612\\_atencion\\_paliativa\\_avaliat\\_pacientes\\_cast.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_pacientes_cast.pdf)
17. Iván Radosta D. *Reconstrucción histórica del surgimiento del moderno movimiento hospice* [Internet]. Scripta Ethnologica; 2019 [Acceso marzo 2023]. Disponible en: [https://www.academia.edu/41475887/RADOSTA\\_Dar%3%ADo\\_Iv%3%A1n\\_Reconstrucci%3%B3n\\_hist%3%B3rica\\_del\\_surgimiento\\_del\\_moderno\\_movimiento\\_hospice?email\\_work\\_card=view-paper](https://www.academia.edu/41475887/RADOSTA_Dar%3%ADo_Iv%3%A1n_Reconstrucci%3%B3n_hist%3%B3rica_del_surgimiento_del_moderno_movimiento_hospice?email_work_card=view-paper)
18. *Historia de los cuidados paliativos* [Internet]. SECPAL. [Acceso febrero 2023]. Disponible en: <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

19. Rankin M. *Cicely Saunders Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados Paliativos* [Libro en Internet]. Ediciones Palabra. Madrid: PALABRA; 2011 [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YWrAj65Pr0YC&oi=fnd&pg=PA5&dq=cicely+saunders+historia+cuidados+paliativos&ots=f1D2WNkrni&sig=OJKyEd\\_AYbXyrLo8zfVmNJlaeKY#v=onepage&q=cicely%20saunders%20historia%20cuidados%20paliativos&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YWrAj65Pr0YC&oi=fnd&pg=PA5&dq=cicely+saunders+historia+cuidados+paliativos&ots=f1D2WNkrni&sig=OJKyEd_AYbXyrLo8zfVmNJlaeKY#v=onepage&q=cicely%20saunders%20historia%20cuidados%20paliativos&f=false)
20. Pérez B. *Los españoles que mueren sin atención paliativa se duplicarán en 10 años por falta de recursos* [Internet]. El periódico de España; 2022 [Acceso abril de 2023]. Disponible en: <https://www.epe.es/es/sanidad/20220611/espanoles-mueren-atencion-paliativa-duplicaran-13831668>
21. Florencia M. *Aumenta la esperanza de vida en el mundo* [Internet]. Statista; 2023 [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/29351/esperanza-de-vida-al-nacer-estimada-por-region/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Divisi%C3%B3n%20de%20Poblaci%C3%B3n,a%2077%2C3%20para%202050.>
22. Instituto Nacional de Estadística. *Esperanza de vida a diferentes edades* [Internet]. Madrid: INE; 2021 [Acceso febrero de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259947308577#:~:text=En%20la%20UE%2D27%2C%20en,en%20Espa%C3%B1a%2083%2C%20a%C3%B1os.&text=Seg%C3%BAn%20sexo%2C%20la%20esperanza%20de,m%C3%A1s%20alta%20en%20las%20mujeres.](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259947308577#:~:text=En%20la%20UE%2D27%2C%20en,en%20Espa%C3%B1a%2083%2C%20a%C3%B1os.&text=Seg%C3%BAn%20sexo%2C%20la%20esperanza%20de,m%C3%A1s%20alta%20en%20las%20mujeres.)
23. Álvarez Marín C. (2016). *Cuidados Paliativos con el enfermo de Alzheimer en fase terminal* [Internet]. ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas, 34(2), 126-139. [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: [file:///C:/Users/turie/Downloads/211-Documento%20principal%20\(texto\)-1116-1-10-20160822.pdf](file:///C:/Users/turie/Downloads/211-Documento%20principal%20(texto)-1116-1-10-20160822.pdf)
24. Organización Médica Colegial de España. *España se sitúa a la cola de Europa en cuidados paliativos* [Internet]. OMC; 2023 [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-se-situa-la-cola-de-europa-en-cuidados-paliativos>
25. Llerena C, Ramírez G, Morales G, Simbaña M.<sup>a</sup> A. *El rol de enfermería en cuidados paliativos: una revisión de literatura* [Internet]. Sapienza. 2022 [Acceso marzo de 2023]. ISSN: 2675-9780. Disponible en: <file:///C:/Users/turie/Downloads/9.El+rol+de+enfermer%C3%ADa+en+cuidados+paliativos.pdf>
26. Consejo Internacional de Enfermeras. *Código de ética del CIE para las enfermeras*. Ginebra: CIE; 2021. ISBN: 978-95099-96-8. Disponible en: [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_SP\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf)
27. Agüeros A. *Cuidados Paliativos Enfermeros Humanizados, en Pacientes Terminales y/o Crónicos* [Humanized Palliative Nursing Care in Terminal and/or Chronic Patient] [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Santander, Universidad de Cantabria; 2022. [Acceso marzo de 2023]. Disponible en:

[https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25006/2022\\_AguerosPerezL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25006/2022_AguerosPerezL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

28. *Muerte digna y cuidados paliativos en el contexto de la ley eutanasia: una perspectiva enfermera* [Internet]. Diario dicen; 2021 [Acceso abril 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/muerte-digna-y-cuidados-paliativos-en-el-contexto-de-la-ley-de-eutanasia-una-perspectiva-enfermera/>
29. Gonzalo M. *Enfermería en los Cuidados Paliativos Domiciliarios* [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Valladolid, Universidad de Valladolid; 2019. [Acceso marzo 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39085/TFG-O-1735.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Soriano N. *Efectos de los cuidados paliativos en el domicilio durante la fase agónica* [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Castellón, Universitat de Jaume; 2022. [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/200974/TFG\\_2022\\_Soriano\\_Mejias\\_Nuria.pdf?sequence=1](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/200974/TFG_2022_Soriano_Mejias_Nuria.pdf?sequence=1)
31. Quinto O, Murga L. *Eficacia en cuidados enfermero en geriatría y gerontología* [Trabajo de Fin de Especialidad en Internet]. Lima, Universidad Norbert Wiener; 2020. [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4524/T061\\_42119053\\_23248638\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4524/T061_42119053_23248638_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Sacristán A, Ferrari M (2021). *Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamente asistido (SMA)* [Internet]. RIECS, 6(2), 94-105. [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/turie/Downloads/lourdes.lledo,+094-105+--+293+CP.Eutanasia.UAH.pdf>
33. Juanatey C. *Sobre la ley orgánica de regulación de la eutanasia voluntaria en España* [On the regulation of voluntary euthanasia in Spain] [Internet]. Alicante, Universidad de Alicante; 2021 [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116807/1/Juanatey\\_2021\\_TeorDer.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116807/1/Juanatey_2021_TeorDer.pdf)
34. Comité técnico para la elaboración del manual. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
35. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, núm. 72, (25/03/2021). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/con>
36. Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona. *La enfermera y la prestación de ayuda para morir* [Internet]. Barcelona; 2022 [Acceso marzo de 2023]. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/7d6b692f-aeab-4f88-9724-e62f3c121e37>
37. Busquets-Surribas M. *La relevancia ética del cuidado enfermero en la eutanasia y el suicidio asistido* [The ethical relevance of nursing care in euthanasia and assisted suicide] [Internet]. Elsevier. 2021 [Acceso abril de 2023]; 31(5): 266-267. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-relevancia-etica-del->



**ANEXOS**

**ANEXO I. Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación.**

