EL ROL DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE EUTANASIA:

UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

THE NURSING ROLE IN THE EUTHANASIA PROCESS:

A SYSTEMATIC REVIEW

Autor principal: Juan Polo Moreno

Autores colaboradores:

Álvaro Herreros Carretero, Lucía Rodrigo Díaz-Ropero

Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o trasmitida, total
o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico,

ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información

sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro

es responsabilidad exclusiva de los autores.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-19033-22-2

Listado de Abreviaturas

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)

Cuidados Paliativos (CP)

Equipo de cuidados paliativos pediátricos (ECPP)

Equipos básicos de Cuidados Paliativos (EBCP)

Muerte médicamente asistida (MMA)

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

Nursing Interventions Classification (NIC)

Nursing Outcomes Classification (NOC)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)

Unidad básica de cuidados paliativos (UBCP)

Unidad de cuidados paliativos (UCP)

Unidad de cuidados paliativos pediátrica (UCCP)

Índice

1. Introducción 9

2. Justificación 19

3. Objetivos 19

4. Metodología 20

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda. 23

Figura 1: Diagrama de flujo 24

5. Resultados 25

6. Discusión 40

7. Conclusiones.....45

Repercusiones 47

1. Lucía Rodrigo Díaz- Ropero - Enfermera Generalista y autora colaboradora. 47

2. Álvaro Herreros Carretero- Enfermero Generalista y autor colaborador. 49

Referencias bibliográficas 51

ANEXOS: 54

1. Búsquedas y resultados en las bases de datos 54

2. Tabla 2: Evaluación de los artículos 60

Resumen

Introducción

La eutanasia es el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objetivo de evitar un sufrimiento. Son múltiples los casos de personas con enfermedad terminal que no han podido acceder a ella, ya que actualmente solo en siete países es legal. A esta lista se sumará España próximamente. Nos interesa conocer cuál es el rol que posee la enfermera en este acto.

Objetivos

Este estudio persigue:

- Identificar el rol enfermero en los cuidados de las personas durante el proceso eutanásico en los países donde se encuentra regulada.
- Conocer los conflictos deontológicos o bioéticos referidos.

Metodología

Se plantea una revisión bibliográfica de estudios cualitativos, sobre las experiencias y vivencias de las enfermeras. Se emplearon las bases de datos referentes en Ciencias de la Salud: PubMed, CINAHL, Cuiden, Web of Science y Lilacs. Finalmente obtuvimos 8 artículos pertinentes a la pregunta de investigación. Pertenecían a países como Bélgica, Canadá, y en menor medida: Estados Unidos, Holanda y Finlandia. Se estudiaron las funciones de las enfermeras, experiencias personales, conflictos bioéticos, testimonios personales, así como aspectos legislativos.

Resultados

Los resultados de los ocho artículos analizados muestran que es una práctica muy intensa a nivel emocional. Encontramos países donde la legislación es más permisiva y otros donde no, pero no existen diferencias significativas en la práctica clínica real. En lo profesional, las enfermeras realizan un gran abanico de cuidados al paciente previo al acto y durante su desarrollo, el cual no queda reconocido. Una parte de las enfermeras utilizan su derecho a objetar.

Conclusiones

Las enfermeras siguen invisibilizadas ejerciendo su rol en la eutanasia y se precisa una legislación más favorable que reconozca su labor y deje que pueda realizar unos cuidados adecuados.

Abstract

Background:

Euthanasia is the deliberate act of ending a person's life, produced by the express will of the person themselves and with the aim of avoiding suffering. There are plenty cases of people with terminal illnesses who have not been able to access it. This practice is legal only in seven countries. Spain will soon join this list. For this and other factors, it is interesting to know what the nurses' role in this act is.

Aim:

This study pursues:

- Identifying the Nursing role in caring for people during the euthanasia process in the countries where it is regulated.
- Recognise the deontological or bioethical conflicts referred to.

Methodology:

A bibliographic review of qualitative studies on the experiences of nurses is proposed. Five reference databases in Health Sciences were used: PubMed, CINAHL, Cuiden, Web of Science and Lilacs. We finally obtained 8 articles that were pertinent to the research question. They mainly belonged to countries such as Belgium, Canada, and to a lesser extent: The United States, the Netherlands and Finland. In them, the functions of nurses, personal experiences, bioethical conflicts, personal testimonies as well as legislative aspects were studied.

Results:

The results of the eight articles analysed show that it is a very intense practice on an emotional level. We find countries where the legislation is more permissive and others where it is not,

but there are no significant differences in actual clinical practice. Professionally, nurses perform a wide range of patient care prior to the act and during its development, which is not recognised. Some of the nurses use their right to object.

Conclusions :

Nurses continue to be invisible while exercising their role in euthanasia and there must be a more favourable legislation that recognises their work and allows them to carry out adequate care.

1. Introducción

Durante el siglo XX y en concreto, en las décadas de los años cincuenta y sesenta, se inicia una revolución del paradigma social, cultural y científico que producirá un notable cambio en el tratamiento del dolor y en las intervenciones propias de la medicina paliativa. Diversos profesionales exploran nuevas posibilidades. Entre ellos, destacan los trabajos de John J. Bonica, Cicely Saunders y Elisabeth Kübler Ross.

Cicely Saunders, enfermera, trabajadora social y médica, influenciada por la obra de Bonica, acuñó en 1964 el término de "dolor total", concepto con el que concibe el tratamiento del dolor *"desde una perspectiva integral, con el manejo del estrés y otros problemas biopsicosociales asociados con la enfermedad y con el proceso de muerte, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno más cercano"* (1).

En 1978, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), aporta la ya clásica definición de dolor como: "*una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión*" (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos (CP) son un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (tanto adultos como niños) y sus allegados cuando afrontan problemas propios de una enfermedad potencialmente mortal, con el objetivo de prevenir y aliviar el sufrimiento. La OMS nos muestra, en cifras, que este servicio no es accesible para la población general: de los 40 millones de personas que la precisan, se estima que solo un 14% de la población puede acceder a una asistencia paliativa, estando especialmente alejado para las personas que viven en países con economía de ingreso bajo o mediano (3).

Actualmente en España, existen diversas entidades que velan y promueven que se provean este tipo de cuidados para todo paciente que lo precise. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y, más directamente y dentro de este mismo grupo, la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos trabaja con este objetivo (4).

Prestar cuidados paliativos es parte del servicio enfermero. En la segunda edición de *Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y*

familia en procesos avanzados y terminales, se formulan en este campo, distintos diagnósticos desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association),Intervenciones N.I.C (Nursing Interventions Classification), y Resultados de Enfermería N.O.C (Nursing Outcomes Classification) (5).

Es la Guía disciplinar de la práctica enfermera de los cuidados paliativos, en la que el trato humanizado debe ser prioritario. En la etiqueta diagnóstica *Riesgo de un duelo complicado* (00172), dirigido a la atención de los familiares del paciente o del propio paciente, se genera el resultado NOC *Muerte digna (1307*), cuyas características definitorias son *resolver aspectos importantes* (130710), *compartir sentimientos sobre la muerte* (130711) o *comenta sus preocupaciones espirituales* (130720) (5).

Pero, además de la cada vez mejor práctica del equipo sanitario, el elemento condicionante del acceso a unos cuidados paliativos de calidad, son los recursos especializados disponibles en cada Área sanitaria. En el Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos, podemos conocer los distintos recursos que existen y su dispar distribución en el territorio nacional (6).

Sólo algunas CCAA como Euskadi, Valencia o Madrid tienen legislación propia sobre Cuidados paliativos. Es el caso de la Ley de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de la Comunidad Valenciana que puede ser un modelo de regulación trasladable al ámbito estatal (7,8).

Con la entrada en vigor de la nueva Ley Orgánica de la Eutanasia (8), quizá desde el inicio de su tramitación parlamentaria, el llamamiento a una mejora de los recursos paliativos ha sido incesante. El recuento de dispositivos destinados a cuidados paliativos en España puede mejorar, al igual que la calidad de éstos, con diversidad de equipos que atiendan a pacientes pediátricos; también, los recursos para la investigación y una mejor formación en esta materia para los profesionales sanitarios, optando decididamente por una atención multidisciplinar, tal y como apuntan las conclusiones del monográfico comentado (9).

Sin embargo, la regulación legal de la eutanasia no deja de ser imprescindible pese a que se precise una mejora del soporte asistencial en lo referido a CP, puesto que uno no debería ser excluyente del otro dentro del

imaginario popular en vistas a conseguir una muerte digna por parte del individuo (10).

Etimológicamente, el término <<eutanasia>>proviene de los vocablos griegos “eu” -buena- y “thanatos”-muerte- y se ha convertido en una solución para la población general tal y como apuntan De Lora y Gascón (11) frente a un modelo de muerte que considera un final hospitalizado y alargado y posiblemente doloroso.

Beauchamp y Walters (11). la definen como*: “El acto o práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales, por motivos de piedad, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, sufrimiento intolerable o muerte indigna*”.

Nuestra reciente ley, define la eutanasia como: “*el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objetivo de evitar un sufrimiento”* (8). Se referirá a *“la ayuda a morir”* para identificar la prestación asistencial que hará efectivo el derecho libremente manifestado por las personas y que se diferencia de intervenciones asistenciales o métodos terapéuticos de

limitación del esfuerzo terapéutico que se dan dentro del marco de cuidados paliativos.

Con España, la práctica de la eutanasia está regulada en varios países: Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo, Suiza, Canadá, Colombia; en siete estados de los EEUU y, próximamente en Nueva Zelanda, que completará el listado de países donde la eutanasia es posible (12).

Siguiendo a los especialistas en derecho y bioética Pablo De Lora y Gascón (11), los aspectos éticos centrales de la eutanasia se sitúan en tres ejes: la modalidad de la conducta, la voluntad del sujeto y los móviles y circunstancias en que se produce la muerte. Se podría añadir que la eutanasia, entendida en nuestro tiempo, no está solo relacionada con la muerte digna, "*sino con la muerte cuando la vida ya no es digna, ni hay esperanzas de que lo vuelva a ser*".

La dignidad, y en concreto la vida digna, es un patrón de calidad relevante a la hora de aplicar la eutanasia, puesto que una existencia dramática que conlleve, o no, un desenlace trágico e irreversible predispone a un gran sufrimiento al paciente. De este

modo, la indignidad irreversible se presta a tres supuestos: procesos terminales de muerte, casos de existencia dramática y estados persistentes de vida vegetativa.

Como derecho personal, la ayuda a morir se delimita en el contexto eutanásico en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a:

(…) determinadas condiciones que afectan a la situación física y mental en que se encuentra la persona, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento (…). Por lo que en general, con esta nueva ley se reconoce la eutanasia como un nuevo derecho individual.

La aplicación de esta ley (8) procura un beneficio para la persona, pero debe ser también garante de los derechos y las intervenciones del equipo sanitario,

sentando el respeto y el procedimiento para que los profesionales puedan ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

La ley aprobada, establece el procedimiento para la intervención tras un importante proceso deliberativo médico-paciente. En una lectura detenida del texto, en los artículos se puede identificar la previsión de un papel pasivo de la enfermera que se enajena del proceso comunicativo y de acompañamiento de la persona y sólo debe ser informada de la decisión.

Decidida la práctica eutanásica, se considera la intervención enfermera en "la administración directa al paciente de una sustancia" o así debe entenderse, al asignarla en el artículo 3, al "profesional sanitario competente". (8).

El proceso asistencial está protegido por la Comisión de Garantía y Evaluación que debe ser multidisciplinar y de desarrollo por las Comunidades Autónomas titulares de los servicios sanitarios. En Castilla-La Mancha, pendiente de desarrollo reglamentario, se ha informado de la participación de las enfermeras como vocales de ésta.

Así las cosas y, si realizamos un ejercicio de derecho comparado con otros países donde se lleva realizando esta práctica durante años, observamos que sí se reconocen las funciones que tiene la enfermera como profesional activo en el proceso y con unas acciones definidas y concretas. En el caso de Canadá, se recoge la figura de la enfermera practicante a la que se le protege por la ley, puede administrar el fármaco letal prescrito por un facultativo, puede otorgarle el fármaco al paciente en caso de que desee autoadministrarlo entre otras funciones relativas al cuidado del enfermo. Como enfermera practicante se entiende por aquella "*enfermera registrada que, (..), tiene derecho a ejercer como profesional de enfermería, a hacer diagnósticos de forma autónoma, ordenar e interpretar las pruebas de diagnóstico, prescribir sustancias y tratar a los pacientes"* (13).

Y, a mayor abundamiento, debemos recordar que la Enfermería como profesión regulada, tiene libertad de circulación y ejercicio en los países de la Unión europea pues, la Directiva 2013/55/UE de cualificaciones profesionales (14) , garantiza que, cualquier enfermera podría trasladarse a alguno de los países mencionados y

formar parte del equipo sanitario con una serie de funciones en la eutanasia que, por el momento, la enfermería en España no tiene bien reguladas.

Las enfermeras sí tienen una función específica en los cuidados paliativos como reconoce el apartado 3.18 de la Orden CIN/2134/2008, que dice:” *Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyen a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.”* (15).

2. Justificación

Los resultados de una revisión sistemática como la que se propone pueden contribuir a definir cuál es la función específica, el rol de la enfermera en el contexto de cuidados al final de la vida.

La selección de los artículos en los que las propias enfermeras describen sus intervenciones y los dilemas profesionales y éticos que consideran aportar una visión práctica y realista, distinta a la intuida por la legislación o los protocolos.

Con la entrada en vigor de la ley en el próximo mes de junio, se abre un proceso interno de debate sobre el rol de la enfermera esperado por el Sistema sanitario, la profesión y la ciudadanía.

3. Objetivos

- Identificar el rol enfermero en los cuidados de las personas durante el proceso eutanásico en los países donde se encuentra regulada.
- Conocer los conflictos deontológicos o bioéticos referidos.

4. Metodología

Se plantea una revisión bibliográfica de estudios cualitativos, sobre las experiencias y vivencias de las enfermeras en el proceso eutanásico, en diferentes bases de datos nacionales e internacionales para conocer el rol enfermero en la eutanasia. La revisión bibliográfica se dividió en dos etapas: búsqueda de estudios y selección de estudios.

Primera etapa: búsqueda de estudios.

En primer lugar, se diseñó una estrategia de búsqueda a través de lenguaje libre y controlado para las diferentes bases de datos utilizando operadores booleanos. Se emplearon las bases de datos referentes en Ciencias de la Salud: PubMed, CINAHL, Cuiden, Web of Science y Lilacs. La búsqueda bibliográfica se realizó en la última quincena del mes de marzo de 2021. Se emplearon los siguientes términos:

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS):

- Rol de la enfermera
- Eutanasia
- Eutanasia Activa Voluntaria
- Eutanasia activa
- Suicidio asistido
- Investigación cualitativa

Medical Subject Heading (Mesh):

- Nurse´s role
- Nurses
- Nursing care
- Nursing
- Euthanasia
- Assisted suicide
- Active Euthanasia
- Voluntary active Euthanasia

Términos libres:

- Rol enfermero
- Enfermero
- Enfermera
- Percepciones
- Experiencias
- Percepciones
- Experiencia

Los anteriores términos se combinaron con los operadores booleanos AND y OR, para crear las ecuaciones de búsqueda en las diferentes bases de datos. Tabla 1.

Segunda etapa: selección de estudios.

Se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Artículos originales de investigación de tipo cualitativa sobre las experiencias de las enfermeras en el proceso de eutanasia.
- Artículos cuyo ámbito de estudio sean países donde la eutanasia esté legalmente regulada.
- Artículos publicados entre 2006-2021.
- Artículos redactados en inglés o castellano.
- Artículos de acceso gratuito.

Criterios de exclusión:

- Artículos de literatura gris (tesis doctorales, artículos de opinión, actas a congresos, etc.)

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda.

Bases de datos	Cadenas de búsqueda
PubMed	("Nurse's Role"[MeSHTerms] OR "Nurses"[MeSHTerms] OR "Nursing Care"[MeSHTerms] OR "Nursing"[MeSHTerms]) AND ("Euthanasia"[MeSHTerms] OR "euthanasia, active"[MeSHTerms] OR "euthanasia, active, voluntary"[MeSHTerms] OR "suicide, assisted"[MeSHTerms]) AND "Qualitative Research"[MeSHTerms]
WOS	(“Nursing”) OR (“Nurses”) OR (“Nurse’s Role”) AND (“Nursing care”) (1) (“Euthanasia”) OR (“Euthanasia, active”) OR (“Euthanasia, active, voluntary”) AND (“Suicide, assisted”) (2) (“Qualitative research”) (3) 3 AND 2 AND 1
CUIDEN	("rol enfermero" or "enfermero" or "enfermera" or "enfermería") and ("eutanasia" or "eutanasia activa" or "eutanasia activa voluntaria" or "suicidio asistido") and ("investigacion cualitativa" or "percepciones" or " experiencias")
CINAHL	((("nursinginterventions") OR ("nursing role") OR ("nursing care")) AND (("euthanasia") OR ("assisted suicide")) AND (("qualitativestudy"))
Lilacs	((mh:(nurse`s role)) OR (nurse) OR ("nursing care") OR (nursing)) AND ((mh:(euthanasia)) OR ("euthanasia, active") OR ("euthanasia, active, voluntary") OR ("suicide, assisted")) AND ((mh:("Qualitative Research")))

Para la selección de los estudios se realizó una lectura del título y abstract de los resultados obtenidos en las diferentes bases de datos (Diagrama de flujo. Figura 1.). Se obtuvieron un total de 101 referencias de las cuales, tras descartar los duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron un total de 8 artículos para la lectura completa del artículo original. Una vez conseguidos los artículos a texto completo se eliminaron 3 por no cumplir los criterios de inclusión.

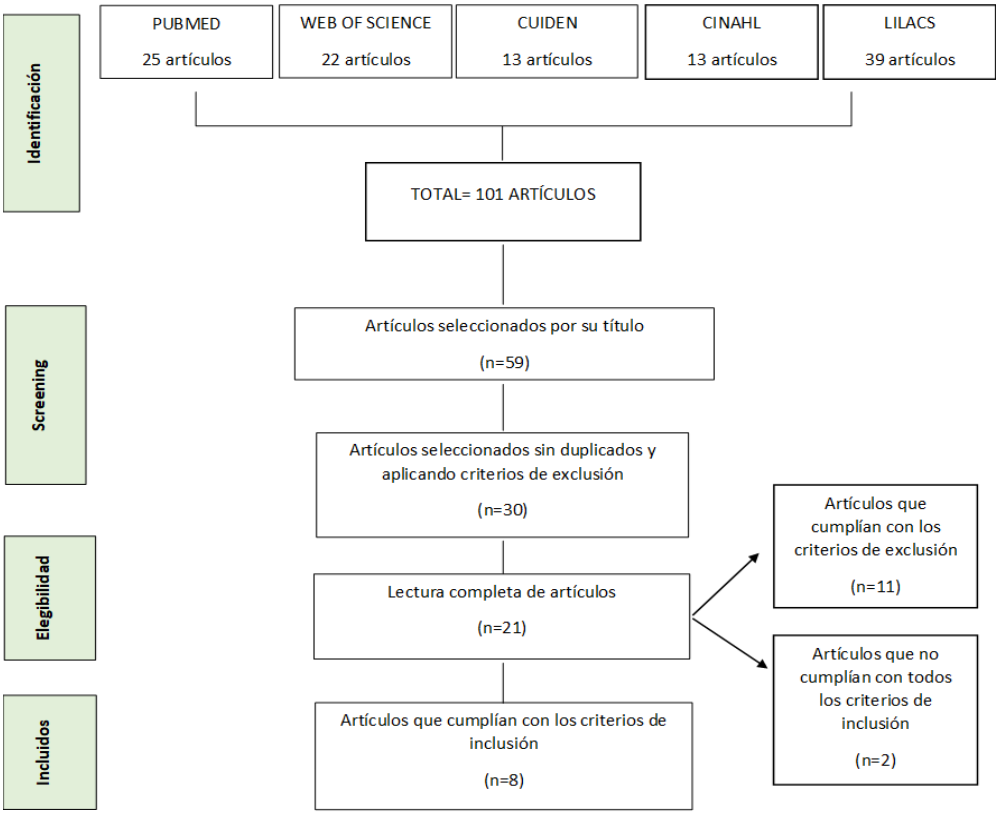


Figura 1: Diagrama de flujo

5. Resultados

Una vez fijadas estas bases, comenzó el cribado de estudios. Se lanzaron las cadenas de búsqueda mostradas anteriormente para las bases de datos PubMed, Web of Science, CINAHL, Lilacs y Cuiden. Se descartan artículos por su título (59). A continuación, se descartan los duplicados (38). Seguidamente se aplican otros criterios concretos que atendían a la fecha, tipo de estudio e idioma (30). El paso posterior fue excluir artículos por su resumen (21). Por último, se seleccionaron aquellos que respondían a nuestra pregunta de investigación. Finalmente obtuvimos 8 artículos.

De los 8 artículos originales incluidos en nuestra revisión: cuatro estudios eran de teoría fundamentada (16–19), uno era descriptivo cualitativo (20), un estudio fenomenológico (21), otro descriptivo interpretativo (22) y por último un metaanálisis (23). Todos los artículos pertenecían a revistas de cuartil 1 (Q1)(16,17,19–23), excepto uno que pertenecía a un 2 (Q2) (18). Todos se hicieron a través de entrevistas semiestructuradas salvo el metaanálisis, que consultó un total de seis bases de datos.

Los estudios (16–19) fueron realizados en Bélgica, el resto (20–23), fueron realizados en Canadá, entre ellos se encuentra el metaanálisis que recoge estudios procedentes de Estados Unidos, Finlandia, Bélgica y Holanda. Entrevistaron a enfermeras, en ocasiones también a médicos y a estudiantes de enfermería, y evaluaron algunas variables comunes como el sexo, la unidad de trabajo, la región o la confesionalidad. Los resultados de los diferentes estudios se han agrupado en las siguientes categorías conceptuales:

Legislación y regulación

Según Elmore et al. (23), en el momento del estudio, la eutanasia estaba vigente en Bélgica, Holanda, Luxemburgo y Colombia, a los cuales se sumará España. Mientras, el suicidio asistido, que a diferencia de la eutanasia es el propio sujeto que, tras prescripción médica, se autoadministra un fármaco para acabar con su vida, es legal en Suiza y algunos estados norteamericanos (Oregon, Vermont, Washington, Montana y California).

Desde 2016 con la aprobación de la ley Bill C-14 en Canadá, todas las formas de suicidio asistido fueron legalizadas. En ella se estandarizaron unos requisitos

legales para todos sus territorios y provincias. Debido a que en diversas zonas rurales y más remotas, donde la atención primaria recae con mayor peso sobre las enfermeras, se reconoce la figura de enfermera practicante. En este contexto poseería capacidad legal para prescribir y administrar un fármaco letal (23).

Por otra parte, en mayo de 2002, Bélgica lanza una ley (17) en la que se permite llevar a cabo la eutanasia voluntaria y activa ejecutada por un médico y bajo unas condiciones muy concretas. En lo referente a las enfermeras, la legislación aclara que su rol en este acto clínico tendría un componente asesor al ser la enfermera aquella que está más en contacto con el paciente, pero esta ambigüedad genera muchas dudas sobre el rol que debe ocupar.

Rol de las enfermeras

Uno de los estudios realizados en Bélgica por Dernier et al. (17), se describe un proceso de eutanasia y qué funciones tienen las enfermeras. Dividido en siete etapas. se iniciaría por el periodo que precede a la petición (paso 1) hasta los cuidados posteriores a realizar la eutanasia (paso 7). Los resultados que se muestran a continuación tomarán de ejemplo dicho estudio e irán

recopilando las experiencias y los conflictos bioéticos que surgen a lo largo de la secuencia.

Paso 1: el periodo que precede a la petición.

En cualquier momento este proceso puede iniciarse y la enfermera ha de estar receptiva y abierta a escuchar ese tipo de peticiones para poder identificarlas. (17)

"Suelen ser pacientes que se despiertan cada mañana y piensan: 'Pfff, sigo aquí'. (...) Pacientes que, aunque le administres su medicación te responderán: 'Tengo dolor'. Este tipo de paciente es de quien puedes esperar una petición de eutanasia. (...)".

En cuanto a la comunicación como intervención enfermera, el estudio de Dernier et al.,(19) en Bélgica, se considera que la eutanasia es un proceso complejo y dinámico en el cual la comunicación posee una especial importancia como indicador de la calidad del acto clínico, acorde con las necesidades del paciente así como de sus familiares.

La escucha activa era una habilidad esencial de la comunicación, en las cuales se tomaban muy en cuenta sus sentimientos, señales que mandaba el paciente,

preocupaciones o miedos. Además, otorgar una respuesta que contemplara el pronóstico y diagnóstico del paciente, aclarar términos que puedan ser malinterpretados (eutanasia o sedación paliativa), así como ofrecer otras medidas de cuidados paliativos alternativas era vital (19).

Paso 2: La confrontación de la petición

En ella la enfermera deberá evitar todo tipo de subjetividad y abarcar la situación con cuestiones concretas al paciente y asegurarse de dónde nace esta petición y por qué es algo razonable para el paciente (17).

En el artículo de Dernier et al. (19), señalaron diversas actitudes que han de estar presentes durante el acto comunicativo, como puede ser predisposición, atención al acto y a sus participantes, la paciencia y la integridad. Señalando que un buen acto comunicativo durante los cuidados al final de la vida otorgaría claridad y entendimiento, evitarían malentendidos y frustraciones, confusión y ansiedad.

En otro de los artículos también elaborado por Dernier et al. (20) identificaron que su experiencia en el trato del paciente se había visto modificada, porque los pacientes

pensaban que los cuidados producían la muerte asistida, lo cual dificultaba la tarea:

"Había una familia muy preocupada con que hubiera profesionales que aplicaran la eutanasia dentro del equipo de cuidados paliativos. Tenían un miedo enorme de que los CP indujeran a una muerte asistida".

Otro de los problemas que se encontraron era que esta situación generaba nuevas y difíciles conversaciones, como por ejemplo, si se mostraba como una opción al paciente, podría parecer que se le estaba invitando a llevar a cabo ese proceso cuando el paciente ni si quiera lo había solicitado y podía en un momento de vulnerabilidad, empeorar la confianza con él y sus familiares (20).

Paso 3: La toma de decisiones.

Ocurre en el contexto del equipo multidisciplinar. En el estudio aportado (17), el facultativo solo tenía en cuenta a la enfermera más veterana, mientras que el resto del equipo de enfermeras tan solo era informado.

La figura de la enfermera aquí funciona en concordancia con el equipo de cuidados paliativos, trabaja como

mediadora entre el paciente y la familia, atiende a las peticiones del paciente, se dispone al paciente para aclarar sus dudas. Este periodo finaliza con la decisión formal del médico (17).

En otro estudio (18), se evaluaron también factores que hacían que las enfermeras tuviesen una valoración positiva o negativa del proceso. El tiempo, la transparencia, el grado y el carácter de la cooperación en equipo, entender por qué la eutanasia era una petición razonable y el momento de morir, eran las principales variables que hacían de este proceso una experiencia negativa o positiva para la enfermera. Por ejemplo, en este fragmento habla de la cooperación:

"A veces tenemos la sensación de que el médico decide de manera totalmente independiente y ajena al equipa de enfermería. Le hemos dispensado medicación. En algunas ocasiones podemos ser nosotras quien prepare la medicación, pero después nos echan de la habitación. Es una pena, porque nosotras construimos un tipo de relación con el paciente muy distinto a la que el médico desarrolla".

En el estudio de Lamb et al. (21), se recogieron exclusivamente las experiencias de enfermeras que se acogieron a su derecho a la objeción de conciencia que era descrito por una de las participantes como "*rechazar participar en una actividad que iba en contra de tu propia conciencia*". La necesidad de apoyo en el contexto de la objeción de conciencia surge como una necesidad para que sientan que sus ideas son respetadas en la práctica profesional.

En el estudio de Pesut et al.(22), una de las participantes alegaba que la objeción de conciencia era debida a que existían motivos religiosos de por medio. Sin embargo, algunos de ellos refirieron que, a pesar de su religiosidad o espiritualidad, necesitaban explorar esa vía y ver qué experimentaban y cómo se sentían.

"*Soy budista y eso me puso en el compromiso al elegir. Todo el mundo discute acerca de cuestiones religiosas, pero yo sentí que necesitaba explorarlo un poco más. Por ello pensé en involucrarme y ver si realmente existía alguna diferencia".*

Finalmente, uno de los participantes del estudio argumenta que la eutanasia no giraba en torno a ellos y

dejar de otorgar tanta relevancia a la opinión del trabajador, ya que este como sanitario tienen la obligación moral y ética de poner al paciente en el centro de todo.

"Esto se centra en validarlos a ellos como personas. Por lo que eso cambia todo. Va sobre ellos, no sobre mí. Por eso yo puedo sufrir en silencio cuando estas cosas ocurren porque no va sobre mí".

Con una actitud neutral, otro de los participantes manifestaba que todo lo que quería era ayudar al paciente a conseguir aquello que deseaban. El sufrimiento al ser una variable subjetiva, es imposible de juzgar por nosotros mismos, por lo que se deben de poner medios para acabar ese sufrimiento (22).

"Es el paciente el que decide. Yo me mantengo imparcial, lo único que quiero es ayudarles a conseguir aquello que desean".

Paso 4: El momento previo a la eutanasia.

Esta fase pone de objetivo aportar una serie de cuidados centrados en los pacientes y sus familiares para sobrellevar mejor sus últimos días juntos, así como otorgar los mejores cuidados paliativos e intentar

conceder las peticiones del paciente. El apoyo colectivo entre los profesionales sanitarios también se convierte en una buena preparación psicológica y emocional frente al proceso. (17)

"Cuando la fecha está fijada, tengo la impresión de que debemos responder a los deseos del paciente con más motivo. Por ejemplo, ante peticiones como no quiero ser aseado hoy o, todo lo contrario, por decir algo. Tengo la impresión de que en estas situaciones cumplimos con estas peticiones más cuidadosamente que de costumbre".

En el estudio de Bellens et al. (16), encontraron testimonios de aquellas que necesitaban realizar los mejores cuidados posibles, para así complacer al paciente y su entorno. Esto era definido como satisfacción profesional, sintiéndose privilegiadas al compartir momentos tan íntimos en la vida de los pacientes.

"Cuando alguien tiene una petición real de eutanasia, entonces todo comienza a ser más cercano. Y también más honesto, y tengo que admitir que las conversaciones pueden llegar a ser muy intensas y te das cuenta de lo limitante que es el tiempo (…). Es agotador cuando sales de ahí, necesitas recuperarte de ello".

“Encuentro esto como una muerte digna a la cual puedo contribuir positivamente. Como enfermera, creo que mi intervención no hubiera sido lo mismo. Yo como persona no soy importante aquí, pero tú eres una enfermera, no tienes que sentirte inferior. Puedes hacer una diferencia y tu escoges la actitud que quieras adoptar”.

La frustración también formó parte de la experiencia de las enfermeras, aunque minoritariamente. Esta frustración procedía de no poder otorgar al paciente unos buenos cuidados. Otras veces era porque ellos mismos sufrían o porque pensaban que la familia no entendía la situación (16) .

“A menudo pienso (...), tenemos ahora mismo aquí a 15 pacientes que están bastante enfermos. Y también tenemos a pacientes que no están tan malos, pero sí menos cómodos. Entonces, diferencias en cómo las personas lidian con el sufrimiento y el dolor. Cuando uno de ellos que sufre a nivel psicológico, me pide: ‘¿me puedes poner una inyección letal?’, pienso: ‘Vamos a ver, ¿realmente piensas que la vida vale tan poco? (...). A veces pienso que es algo malsonante, pero en algunas situaciones, pienso que están siendo egoístas (...)”.

Paso 5: El desarrollo de la eutanasia.

Las enfermeras se involucran en conseguir una buena organización en equipo y del escenario en el que se llevará a cabo. Preparar aspectos como la medicación, posicionar a las personas en un sitio concreto, encargarse de que se lleven a cabo otras peticiones del paciente (poner velas o ambientar), señalar qué acto clínico se está realizando en cada instante, son funciones de la enfermera. También cobra especial importancia para las enfermeras despedirse del paciente. En este estudio (17) se recogía que la administración de los fármacos es competencia exclusiva del facultativo.

En el estudio de Dernier et al. (18), donde se evalúa la experiencia personal de las enfermeras implicadas en el proceso de eutanasia, manifestaron que era un proceso muy intenso y claro. En él experimentaron una mezcla de sensaciones contradictorias que hicieron del proceso una situación muy demandante a nivel emocional. Muchas de ellas lo describieron como algo antinatural y muy rápido, les hizo dudar de su rol de cuidadora:

"Me sorprendió. Quedé sorprendida por la suavidad del acto. De repente ves a una persona pasar de un color

rosáceo a estar completamente pálido. Una persona con la que has hablado durante horas tan intensa y profundamente se marcha. Entonces te preguntas, ¿esto es todo? ¿es esto? Efectivamente, eso es".

En el contexto canadiense, Pesut et al. (22), se recogen testimonios de enfermeras implicadas en procesos de muerte asistida y de su proximidad en el acto, con el que estaban o no de acuerdo, no se sienten cómodas.

"Creo firmemente en la elección al final de la vida. Pero jamás imaginaría ser parte de acelerar ese proceso. ¿Lo he asumido? Todavía no, pero apoyo totalmente su decisión".

Se emplearon adjetivos como profundo, maravilloso y humilde, para describir el efecto que provocó ese cambio en el pensamiento. Por lo general, a las enfermeras les inundó una gran mezcla de emociones. En aquellos profesionales que se manifestaban como objetores de conciencia y lo presenciaban en su entorno laboral, podía afectar como una tristeza que ensombrecía su vida laboral.

También se recogió un fragmento de una enfermera siendo proveedora directa del proceso:

"¿Que si estoy cómoda llevándolo a cabo? Pues no lo sé. (…) Tú mismo puedes ver a alguien saltar en paracaídas, pero ¿realmente quieres tirarte tú? (22)".

Pasos 6 y 7: Los cuidados inmediatos y posteriores a la eutanasia.

Estas dos últimas fases no se realizan de forma simultánea, pero tienen una función conjunta: el consuelo en el duelo. Algunos no lo experimentan como algo muy distinto a una muerte natural. Pasado el tiempo, la enfermera suele intentar contactar con los familiares, de manera formal y profesional, pero no siempre puede darse (17).

La muerte asistida es un proceso que impacta emocional y personalmente al cuidador de paliativos, pues es un acto que, aun estando preparado, generó a los entrevistados incertidumbre y miedo en torno a la muerte asistida y a la concepción social que puedan llegar a tener de ellos:

"¿Qué pensaría mi familia si saben que trabajo en una unidad dónde se realiza la eutanasia? ¿Lo escondo? ¿Qué pasará si la gente lo descubre? ¿Va a venir la gente y empezará a protestar? La gente lo vería como algo malo".

Además, algunos participantes mostraron un cambio de actitud donde se mejoraba la tolerancia, transitando desde objetores de conciencia férreos a entender las peticiones:

"Inicialmente existía una enorme oposición por parte de los especialistas en cuidados paliativos a la eutanasia, simplemente con proponerla se consideraría el fin. Ahora estos mismos médicos que se oponían, parecen haber entendido y ven como la eutanasia y los cuidados paliativos pueden coexistir".

6. Discusión

El análisis de los resultados ordenados y de los puntos más relevantes de cada artículo, arroja diferentes apreciaciones acerca de cuál es el rol que ejerce la enfermera en el proceso de eutanasia.

Acerca de la legislación y regulación de la eutanasia, encontramos países que recogen un marco legal y teórico bastante desarrollado en lo referido a competencias de las enfermeras.

En Canadá, donde el equipo de enfermeros se distingue por especialidad y grado, otorga al grado de mayor especialización competencias semejantes a la que puede realizar un médico en el contexto de eutanasia (24,25).

Sin embargo, esta legislación tan favorable para las enfermeras no la encontramos generalmente. En Holanda, existen dudas acerca de cuáles son las funciones verdaderas de las enfermeras y cuál es su condición legal (26).

En la práctica, se ha demostrado que las funciones profesionales varían y en ocasiones se delegan,

lo que conlleva responsabilidades legales y deontológicas. Se requiere mejorar la formación sobre la legislación reguladora de derechos y deberes profesionales y se apela al compromiso los colegios profesionales en la ordenación del ejercicio y la consideración de los códigos deontológicos.

Además, observamos que *el rol de enfermería* ha variado según qué estudio hemos analizado en función del país o incluso, dentro del mismo, de cada hospital.

El estudio de Dierckx de Casterlé et al. (17), nos ha ofrecido una secuencia de mucha calidad acerca de cómo se desarrolla el proceso y las funciones que tiene la enfermera en cada etapa. Fundamentalmente, estas funciones se centran en la atención paciente previa a la solicitud e incluyen participar en la toma de decisiones en un comité multidisciplinar, ejercer de mediadora con el paciente y su familia, actuar como educadora aclarando las dudas posibles que puedan surgir, realizar un acto comunicativo eficaz, participar en la organización y coordinación durante el proceso, así como preparar el acceso intravenoso y registrar los cuidados de enfermería precisados.

La administración de la medicación y su preparación es competencia del facultativo, pero, en ocasiones, ha sido preparado e incluso perfundido por la enfermera. En la mayoría de los casos, la enfermera ha estado presente en el acto, destacando su función en el consuelo y atención inmediata de los familiares y del propio paciente. La atención de enfermería a los familiares en los meses posteriores al acto clínico es una labor esencial (17).

Es en Canadá donde aparecen las funciones más claras de las enfermeras, lo cual potencia su rol como profesionales independientes y autónomas, aunque luego en la práctica no haya generado mucha diferencia con las enfermeras belgas u holandesas (18,24,26).

En cuanto a la experiencia personal declarada por las enfermeras es diversa: ha sido una situación que ha puesto al límite a muchos profesionales, calificando este acto clínico como intenso y confuso, desencadenante de sensaciones contradictorias (16).

El hecho de que las enfermeras califiquen esta experiencia como positiva o negativa dependerá en gran medida de los factores circunstanciales que se den el

proceso. Factores como el tiempo y los cuidados proporcionados al paciente y familiares (aspecto de gran responsabilidad), la comunicación entre el equipo de cuidados paliativos y con los médicos (en ocasiones han sido excluidas y en otras solo han contado con la enfermera más veterana) y el apoyo colectivo entre los profesionales (18).

Por último, el conflicto bioético ha sido un punto muy comentado en todos los estudios. Muchos profesionales no apoyan esta causa y prefieren abstenerse y ejercer su derecho legal a la objeción de conciencia (16,18–23).

Entre las enfermeras que utilizaron este recurso, surgía una necesidad de apoyo por parte del colectivo, pues era una situación hiriente y sentían que repercutía en el trabajo en equipo (21).

Se ha podido evidenciar que ejercer este derecho iba ligado a unos valores confesionales, morales y éticos. Independientemente de ello, algunos trabajadores que cambiaron su perspectiva respecto a esta práctica y exploraron este tipo de cuidados, manifestaron que también se puede seguir aportando con los cuidados

paliativos pues no son procesos excluyentes sino compatibles. Lo primordial, es considerar el beneficio para el paciente y poner el foco principal en la persona para modificar los cuidados según sus necesidades (18,20–23).

7. Conclusiones

Después de todos los datos expuestos observamos que el proceso de eutanasia es complejo, intenso y está lleno de debate.

Las diferencias entre unos países u otros quizás no han diferido tanto pese a que unos poseyeran una legislación más permisiva en comparación con otros que no y a su vez con la práctica clínica.

El rol que ejerce la enfermera en la eutanasia es, sin duda, esencial. Una vez más somos una figura relevante y reconocida sobre todo por el paciente. Tenemos capacidad y recursos para otorgar cuidados de calidad en este momento vital concreto y toda la secuencia que rodea al acto de la eutanasia.

Entre las múltiples funciones de las enfermeras están otorgar cuidados generales de enfermería como puede ser la preparación y administración de medicamentos, y sin embargo no se realizan en todos los contextos, seguimos invisibilizadas.

Esto puede deberse a que seguimos sin estar validadas ni por una legislación que nos reconozca y ampare, ni por el colectivo médico. Este, en ocasiones, nos aparta e imposibilita poder ejercer una atención multidisciplinar de la que se beneficiaría mayormente el paciente.

Repercusiones

1. Lucía Rodrigo Díaz- Ropero - Enfermera Generalista y autora colaboradora.

La relación que presentan las enfermeras con los pacientes ya sea en el ámbito hospitalario como en el campo de la atención primaria está muy estrechamente relacionada y más en un momento como el final de la vida.

La eutanasia es una práctica, ahora ya legal, que ha venido para quedarse y así complementar las medidas paliativas que actualmente se emplean. Medidas que no llegan ni a todos por igual y de las que no se disponen unidades suficientes.

Este artículo nos esboza una manera de actuar en base a las vivencias de otras enfermeras en otros países en los que se lleva más tiempo ejerciendo con un modelo de muerte asistida.

El esquema proporcionado, nos define muy bien las etapas en las que este proceso puede desarrollarse, y complementado con la ley vigente se puede realizar un ejercicio de derecho comparado para diferenciar qué actividades estamos realizando en nuestro país en comparación con otro, o de qué carecemos.

Además, se necesita recopilar igualmente las experiencias de las enfermeras que están

involucradas en este proceso, pues son sus voces las que precisamente han dado una estructura con sentido a este trabajo y son sus testimonios los que nos cuentan una vez más cual es la realidad enfermera en otro ámbito en el que tenemos un lugar de trabajo.

En mi formación como enfermera en los servicios de medicina interna-oncológicas podría plantearse un estudio que evalúe este tipo de casos y en el que se registre el proceso, ya sea en conjunto con el equipo de cuidados paliativos o bien con algún equipo formado en exclusiva para aplicar medidas de muerte asistida.

Podría reflejarse así, la forma en la que debemos aplicar los cuidados de enfermería y además formarnos en ello para poder dar unos cuidados de calidad a aquellos que lo necesiten.

2. Álvaro Herreros Carretero- Enfermero Generalista y autor colaborador.

La muerte y todo lo que la rodea es una constante con la que tenemos que tratar en nuestro día a día. Hasta ahora y siempre, ha sido un momento intenso e individual (aunque a su vez, compartido en colectividad), pero dependían muchas variables para que esta experiencia pudiera darse apropiadamente.

Muchos testimonios de personas entrevistadas han expresado el deseo de su muerte porque consideraban que ya en ese momento su vida había dejado de tener dignidad, acompañado muchas veces de una falta de sentido práctico y vital para ellos mismos.

Una vez se pierde dicha autonomía, a la vez que se adquiere dependencia y se acompaña de un proceso degenerativo, hacen que el individuo desee iniciar este proceso.

Podríamos sentenciar que se ha adquirido un derecho individual más. En él, el individuo puede hacer propio ese momento y, reuniendo una serie de condiciones de situación terminal, despedirse antes de que la enfermedad sobrepase al individuo, evitando así un gran sufrimiento generalizado.

Desde mi punto de vista, me he visto implicado en muchos procesos en los que el paciente estaba

pidiendo que se le aplicaran medidas de muerte asistida porque quería acabar cuando antes con aquella situación de sufrimiento. Sin embargo, no era posible en aquel momento. Ahora quizás otros sí lo puedan ejercer, por aquellos que no pudieron en su momento y sobre todo, por ellos mismos. Esto supone todo un avance.

Una posible y futura línea de investigación podría ser evaluar cómo se llevan a cabo este proceso en los ámbitos urbano y rural de una región como es Castilla-La Mancha, observando las diferencias que pudiese haber entre las grandes poblaciones y pueblos más pequeños, con consultorios locales como referencia frente a hospitales generales.

Sin duda, el estudio de la Eutanasia aplicada a la ciencia enfermera, nos puede abrir un gran campo de actuación. Tal y como se demuestra en el trabajo, este estudio nos posiciona a lo que actualmente muchas enfermeras se enfrentarán en su día a día.

Referencias bibliográficas

1. López Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Rev Ciencias la Salud. 2018 ;16(2):340-56.

2. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev la Soc Española del Dolor. 2020;27(4):232-3.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados paliativos. Cuidados paliativos. 2020. p. 1. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

4. AECPAL. Quiénes Somos. 2020. p. 1-3. Disponible en: https://aecpal.secpal.com/presentacion-2

5. Vallés Martínez MP, Casado Fernández N, García Salvador I, Manzanas Gutiérrez A, Sánchez Saánchez L. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Asoc Española Enfermeras en Cuid Paliativos. 2014;134. Disponible en: www.gruposaned.com

6. Colomer Revuelta C, Palanca Sánchez I, Elola Somoza J, Pascual López A. Unidad de cuidados paliativos Estándares y recomendaciones. Ministerio. 2009. 90 p. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf

7. España, Pais Vasco. LEY 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. Boletín Of del País Vasco Lehendakaritza. 2016;3138:1-16.

8. Estado J del. BOE-A-2021-4628 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. España; 2021 p. 13.

9. Doblado Valderrama R, Herrero Molina E, Librada Flores S, Lucas Díaz MÁ, Muñoz Mayorga I, Rodríguez Álvarez-Ossorio Z. Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en España (2015). Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en España. 2016. p. 292.

10. Médicos C de B. «Eutanasia y suicidio médicamente asistido» Un informe del Colegio de Médicos de Bizkaia. 2018. Disponible en: https://www.cmb.eus/posicionamiento-del-colegio/eutanasia-y-sucidio-medicamente-asistido-un-informe-cmb

11. De Lora Deltoro P, Gascón Abellán M. Bioetica: principios, desafios, debates. Alianza Editorial, editor. Alianza Editorial; 2008.

349 p.

12. Tsai BC, Menkes DB. New Zealand doctors and euthanasia-legal and practical considerations of the End of Life Choice Act. N Z Med J. 25 de septiembre de 2020;133(1522):149-60.

13. Gimbel García JF. Eutanasia y suicidio asistido en Canadá. Una panorámica de la Sentencia Carter v. Canadá y del consiguiente Proyecto de Ley C-14 presentado por el Gobierno canadiense. Vol. 19, RDUNED : revista de derecho UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Derecho; 2016 jul.

14. España. Ministerio de la Presidencia y para las Administracioes Territoriales. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimie. Boletín Of del Estado. 2017;138(19 de junio de 2017):48159-319.

15. España. Ministerio de Ciencia e Innovación. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. Boe. 19 de julio de 2008;40:8351-5.

16. Bellens M, Debien E, Claessens F, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. “It is still intense and not unambiguous.” Nurses’ experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. J Clin Nurs. 1 de febrero de 2020;29(3-4):492-502.

17. Dierckx de Casterlé B, Denier Y, De Bal N, Gastmans C. Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. J Adv Nurs [Internet]. noviembre de 2010 [citado 8 de abril de 2021];66(11):2410-20.

18. Denier Y, de Casterlé BD, de Bal N, Gastmans C. «It’s intense, you know.» Nurses’ experiences in caring for patients requesting euthanasia. Med Heal Care Philos. enero de 2010;13(1):41-8.

19. Denier Y, Gastmans C, De Bal N, Dierckx De Casterlé B. Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: A qualitative study. J Clin Nurs. diciembre de 2010;19(23-24):3372-80.

20. Mathews JJ, Hausner D, Avery J, Hannon B, Zimmermann C, Al-Awamer A. Impact of Medical Assistance in Dying on palliative care: A qualitative study. Palliat Med. 1 de febrero de 2021;35(2):447-54.

21. Lamb C, Evans M, Babenko-Mould Y, Wong C, Kirkwood K. Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience. J Adv Nurs. 1 de marzo de 2019;75(3):594-602.

22. Pesut B, Thorne S, Storch J, Chambaere K, Greig M, Burgess M. Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). J Clin Nurs. 1 de octubre de 2020; 29(19-20):3870-81.

23. Elmore J, Wright DK, Paradis M. Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. Nurs Ethics. 1 de diciembre de 2018;25(8):955-72.

24. Pesut B, Thorne S, Stager ML, Schiller CJ, Penney C, Hoffman C, et al. Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. Policy, Polit Nurs Pract. 1 de agosto de 2019;20(3):113-30.

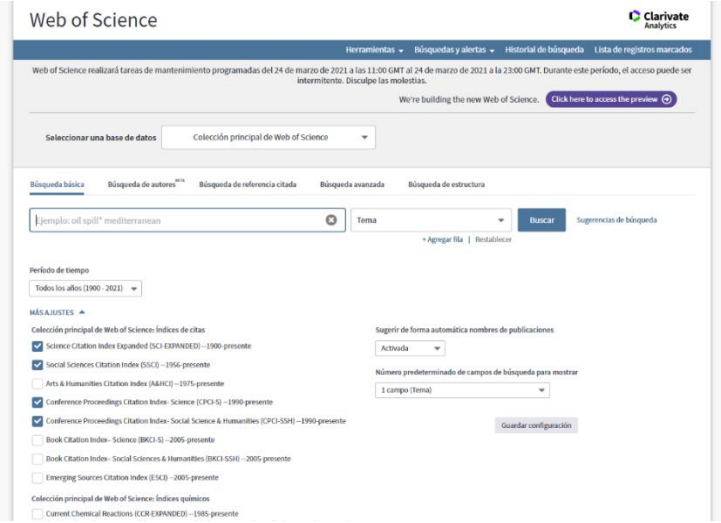
25. Suva G, Penney T, McPherson CJ. Medical Assistance in Dying: A Scoping Review to Inform Nurses' Practice. J Hosp Palliat Nurs. 1 de febrero de 2019 ;21(1):46-53.

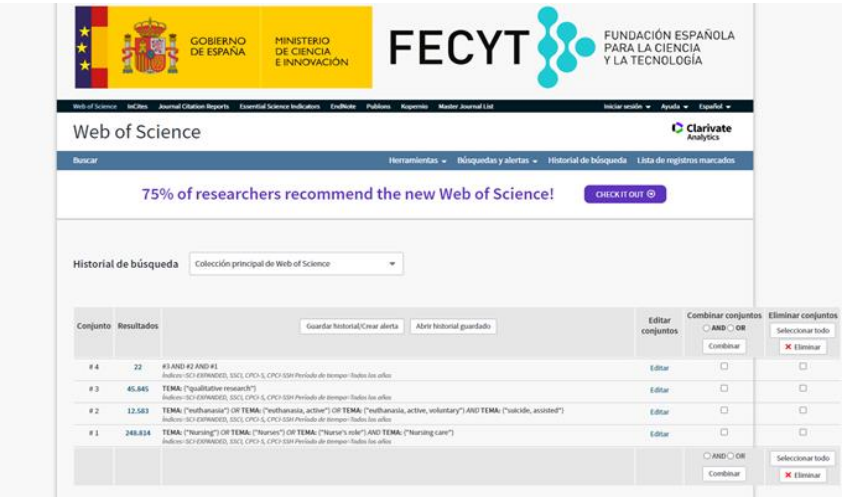
26. Van Bruchem-Van De Scheur GG, Van Der Arend AJ, Huijer Abu-Saad H, Van Wijmen FC, Spreeuwenberg C, Ter Meulen RH. Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: The role of nurses. J Clin Nurs. junio de 2008;17(12):1618-26.

ANEXOS:

1. Búsquedas y resultados en las bases de datos

Web os Science





Cuiden

FUNDACION INDEX Recursos ⇓ Registrarse en Ciberindex Idiomas ⇓ Conectado como sescam Entrar en cuenta privada Salir

Buscar en CUIDEN [Ayuda] [Manual] [Enviar mensaje a servicio técnico] [Palabras clave] [Búsqueda Avanzada]

Buscar Limpiar Nº de documentos por página 10

1 2 Ir a la página Ir

☐ **Situación actual de la eutanasia y el suicidio asistido en los países occidentales**

Toro Flores, Rafael;Martín Jiménez, Ana;Moreno Vázquez, Margarita

Rev Etica de los cuidados | 2018 | V11

CDID 706774_1 Impacto Cuiden Citación RIC: 0.0400 Texto Completo

Documentos relacionados

☐ **Eutanásia e distanásia: percepção de médicos e enfermeiros de uma cidade sul mineira [Eutanasia y distanasia: percepciones de médicos y enfermeros en una ciudad del sur de Minas Gerais]**

Guimarães, Meire Marques;Carvalho, Marina Andrade Ferreira de;Simões, Ivandira Anselmo Ribeiro;Lima, Rogério Silva

R Enferm UERJ | 2016 | 24(2)

CDID 700610_1 Impacto Cuiden Citación RIC: No Disponible Texto Completo

Documentos relacionados

☐ **Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas [La eutanasia en pacientes terminales: opiniones de médicos y enfermeras intensivistas]**

Ribeiro, Kamila Vieira;Soares, Maria Cidney da Silva;Gonçalves, Chirlaine Cristine;Medeiros, Izaura Raquel Nogueira; Silva, Geane

Enferm Foco | 2011 | 2(1):28-32

CDID 671406_1 Impacto Cuiden Citación RIC: No Disponible Texto Completo

Documentos relacionados

☐ **Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento**

Santana Cabrera, L;Gil Hernández, N;Méndez Santana, A;Marrero Sosa, I;Alayón Cabrera, S;Martín González, J C; Sánchez Palacios, M

Enferm Intensiva | 2010 | 21(4):142-149

CDID 666199_1 Impacto Cuiden Citación RIC: 0.6000

[Documentos relacionados/Citado por: 1

☐ **Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications [Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia]**

Biondo, Chaiane Amorim;Silva, Maria Júlia Paes da;Secco, Lígia Maria Da

Rev Latino-am Enfermagem -Bra- | 2009 sep-oct | 17(5):613-619

CDID 661748_1 Impacto Cuiden Citación RIC: 1.8970 Texto Completo

Documentos relacionados

☐ **Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência [Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia]**

Incluir citas

Consulta actual

(("rol enfermero")OR(("enfermero")OR(("enfermera")OR("enfermería"))))AND(((("eutanasia")OR(("eutanasia activa")OR(("eutanasia activa voluntaria")OR("suicidio asistido"))))AND(("investigacion cualitativa")OR(("percepciones")OR("experiencias"))))

Referencias halladas: 13 documentos

Todos (13)

Artículo (13)

Original (11)

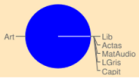
Revisión (1)

Otro (1)

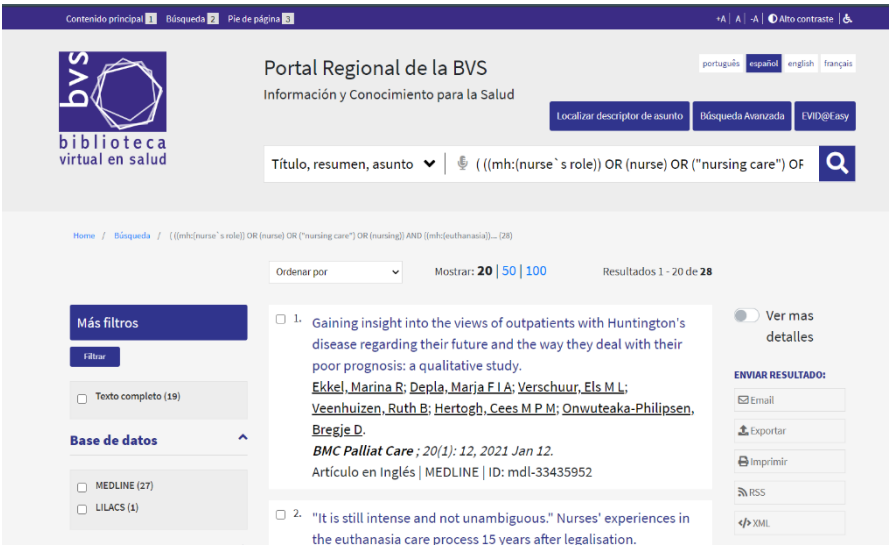
Filtrar por año

De 0000 a 2021 Filtrar

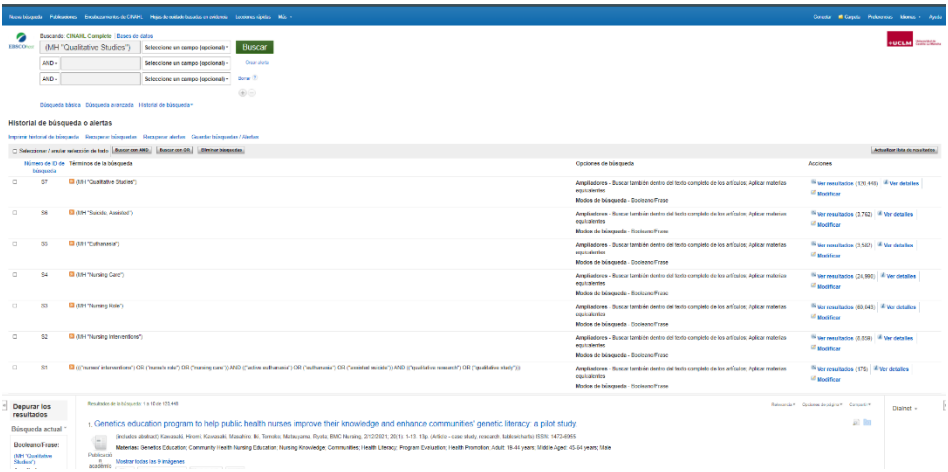
Sólo Texto Completo

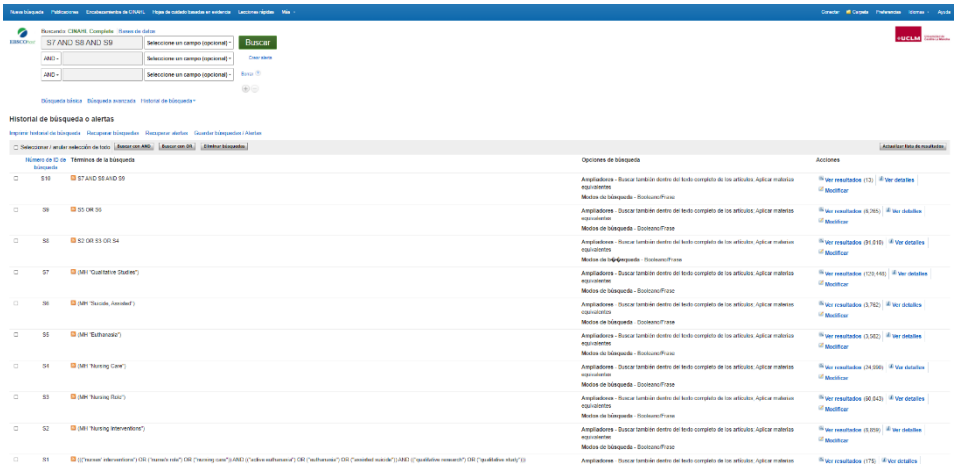


LILACS

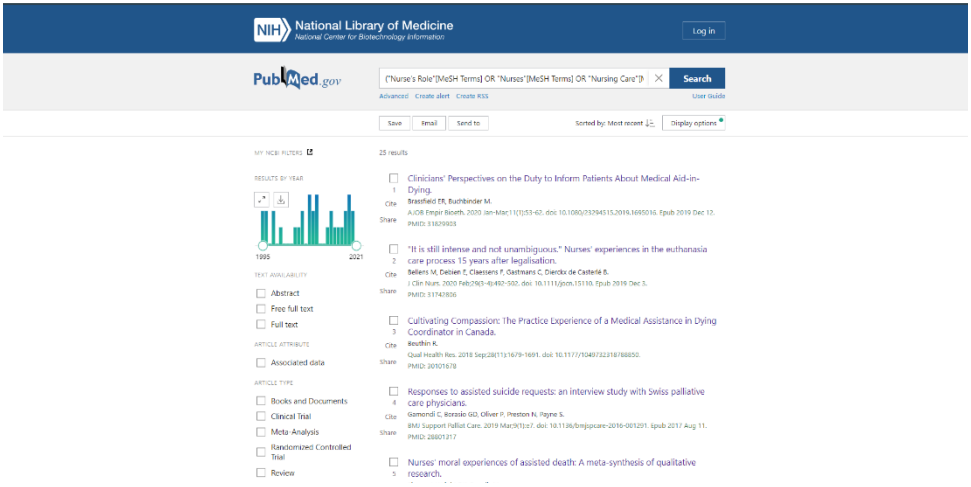

Contenido principal 1 Búsqueda 2 Pie de página 3
+A | A | -A | Alto contraste
bvs
biblioteca virtual en salud
Portal Regional de la BVS
Información y Conocimiento para la Salud
português español english français
Localizar descriptor de asunto
Búsqueda Avanzada
EVID@Easy
Título, resumen, asunto
(((mh:(nurse`s role)) OR (nurse) OR ("nursing care") OF
Home / Búsqueda / (((mh:(nurse`s role)) OR (nurse) OR ("nursing care") OR (nursing)) AND ((mh:(euthanasia))... (28)
Ordenar por
Mostrar: 20 | 50 | 100
Resultados 1 - 20 de 28
Más filtros
Filtrar
Texto completo (19)
Base de datos
MEDLINE (27)
LILACS (1)
1. Gaining insight into the views of outpatients with Huntington's disease regarding their future and the way they deal with their poor prognosis: a qualitative study.
Ekkel, Marina R; Depla, Marja F I A; Verschuur, Els M L; Veenhuizen, Ruth B; Hertogh, Cees M P M; Onwuteaka-Philipsen, Bregje D.
BMC Palliat Care ; 20(1): 12, 2021 Jan 12.
Artículo en Inglés | MEDLINE | ID: mdl-33435952
2. "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation.
Ver mas detalles
ENVIAR RESULTADO:
Email
Exportar
Imprimir
RSS
XML

CINAHL


Buscando: CINAHL Complete | Bases de datos
(MH "Qualitative Studies")
Buscar
Historial de búsqueda o alertas
Depurar los resultados
1. Genetics education program to help public health nurses improve their knowledge and enhance communities' genetic literacy: a pilot study


Buscando: CINAHL Complete | Bases de datos
S7 AND S8 AND S9
Buscar
Historial de búsqueda o alertas

PubMed


National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information
Log in
PubMed.gov
("Nurse's Role"[MeSH Terms] OR "Nurses"[MeSH Terms] OR "Nursing Care"[M
Search
Advanced
Create alert
Create RSS
User Guide
Save
Email
Send to
Sorted by: Most recent
Display options
MY NCBI FILTERS
RESULTS BY YEAR
1995
2021
TEXT AVAILABILITY
Abstract
Free full text
Full text
ARTICLE ATTRIBUTE
Associated data
ARTICLE TYPE
Books and Documents
Clinical Trial
Meta-Analysis
Randomized Controlled Trial
Review
25 results
1
Cite
Share
Clinicians' Perspectives on the Duty to Inform Patients About Medical Aid-in-Dying.
Brassfield ER, Buchbinder M.
AJOB Empir Bioeth. 2020 Jan-Mar;11(1):53-62. doi: 10.1080/23294515.2019.1695016. Epub 2019 Dec 12.
PMID: 31829023
2
Cite
Share
"It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation.
Bellens M, Debien E, Claessens P, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B.
J Clin Nurs. 2020 Feb;29(3-4):492-502. doi: 10.1111/jocn.15110. Epub 2019 Dec 3.
PMID: 31742836
3
Cite
Share
Cultivating Compassion: The Practice Experience of a Medical Assistance in Dying Coordinator in Canada.
Beuthin R.
Qual Health Res. 2018 Sep;28(11):1679-1691. doi: 10.1177/1049732318788850.
PMID: 30101678
4
Cite
Share
Responses to assisted suicide requests: an interview study with Swiss palliative care physicians.
Gamondi C, Borasio GD, Oliver P, Preston N, Payne S.
BMJ Support Palliat Care. 2019 Mar;9(1):e7. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001291. Epub 2017 Aug 11.
PMID: 28801377
5
Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research.

2. Tabla 2: Evaluación de los artículos

TÍTULO, AUTOR Y REVISTA	SCIMAGO	ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS Y CONCLUSIONES
"It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation **Bellens et al.** **Journal Of Advanced Nursing**	1.657 Q1	Teoría fundamentada con entrevistas	26 enfermeras	Explorar cómo trabajan las enfermeras belgas en hospitales y en atención domiciliaria a pacientes que solicitan la eutanasia tras 15 años de legislación	**Ámbito:** Enfermeras de atención domiciliaria y hospital **Recogida de datos:** Mediante muestreo intencional y de bola de nieve. **Período:** 2016-2017 **Análisis de los datos:** Utilización de QUAGOL	Resultados: • El cuidado de un paciente que solicita la eutanasia se identifica como una experiencia intensa y ambivalente. • La naturaleza del proceso contribuye a que se intensifique el proceso de cuidar. • Las enfermeras describieron la eutanasia como algo antinatural y planificado que generó muchas preguntas y dudas. • Gran parte de los entrevistados afirman que contribuyeron a un final digno de la vida y eso marcó la diferencia. Identificaron un profundo sentimiento de realización profesional. • Si las enfermeras no pudieron contribuir a una buena atención de la eutanasia, sintieron fuertes sentimientos negativos y frustraciones. Conclusión: Pese a mostrar algunos cambios sutiles a lo largo del tiempo, las enfermeras no indicaron que la eutanasia fuera una práctica normal.
Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium **Dierkc de Casterlé et al.** **Journal Of Advanced Nursing**	0.992 Q1	Teoría fundamentada	18 enfermeras registradas	Explora la participación de las enfermeras en el proceso de atención de pacientes con enfermeda-des terminales y mentalmente competentes que solicitan eutanasia en los Hospitales Generales de Bélgica.	**Ámbito:** Nueve hospitales de Bélgica **Recogida de datos:** Entrevistas individuales **Período:** 2005-2006 **Análisis de los datos:** QSR NVIVO7	Las siete etapas que componen la petición de eutanasia son: • Estar alerta ante una petición de eutanasia. • Confrontación ante la petición. • Etapa de la toma de decisiones • Momentos previos a la eutanasia • Desarrollo de la eutanasia • Etapa de cuidados posteriores inmediatos • Periodo de cuidados posteriores a la eutanasia Conclusión: Las enfermeras forman parte de todos los procesos de los que se compone el proceso de eutanasia en los nueves hospitales de Bélgica estudiados.

TÍTULO, AUTOR Y REVISTA	SCIMAGO	ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS Y CONCLUSIONES
"It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia **Y. Denier et al.** Med Health Care Philos	0.427 Q2	Teoría fundamentada	18 Enfermeras registradas	Explorar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de pacientes que solicitan la eutanasia.	**Ámbito:** Hospitales de Bélgica **Recogida de datos:** Entrevistas individuales **Período**: 2005-2006 **Análisis de los datos:** QSR NVivo7	El cuidado de pacientes que solicitan eutanasia es complejo y dinámico: • La palabra intensa fue la más usada para describir sus sentimientos, seguido de preocupación, responsabilidad, felicidad y discrepancia. Algunas insisten en separar lo profesional de lo personal. • Su experiencia fue cambiante con el tiempo individual y grupalmente. Se va haciendo más fácil pero nunca te acostumbras. • El grado de cooperación en equipo, tiempo, transparencia, entender el proceso de eutanasia como una petición razonable y el momento de morir pueden ser tomados como factores positivos y negativos comunes a la muestra entrevistada.
Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: A Qualitative study **Dernier et al.** **Journal Of Clinical Nursing**	1.469 Q1	Teoría fundamentada	18 enfermeras	Describir la comunicación durante el proceso de eutanasia en pacientes terminales y mentalmente competentes desde la perspectiva enfermera	**Ámbito:** 9 hospitales de Holanda **Recogida de datos:** Entrevistas semiestructuradas **Período**: 2005-2006 **Análisis de los datos:** QSR NVivo7	Resultados: • Las enfermeras perciben que los pacientes se comunican más y a menudo, con distintas personas, en diferentes contextos y con distintos propósitos. • La comunicación se intensifica por contexto moral y psicológico de la situación. • Afecta a todos los involucrados incluso aquellos que forman para un periodo corto de tiempo. Conclusión: • Un buen acto comunicativo con el paciente es clave para llevar a cabo unos buenos cuidados de enfermería en el contexto de la eutanasia.
Nurses' moral experiences of assisteddeath: A meta-synthesis of qualitative Research **J. Elmore et al**. **Nursing Ethics**	0.812 Q1	Metaanálisis cualitativo	14 estudios	Recopilar el aprendizaje y experiencia de las enfermeras en el cuidado de pacientes que solicitan eutanasia y resaltar el juicio moral que supone para ellas.	**Ámbito: -** **Recogida de datos:** Consulta en seis bases de datos (CINAHL, Medline, Embase, JBI, PsycINFO y WOS) **Período:** 2014-2016 **Análisis de los datos:** Deconstrucción del contenido y categorización temática	La experiencia moral se describió como: • Las enfermeras se mostraron con un gran sentido de responsabilidad. • La situación estuvo condicionada por el contexto de cuidados en el paciente terminal de cada enfermera. • Se vio sustentada por el apoyo en equipo. Conclusiones: Las enfermeras están altamente comprometidas con la integridad moral de la atención al final de la vida. Hay que comprender las limitaciones morales de las enfermeras a las que se enfrentan diariamente en este tipo de casos.

TÍTULO, AUTOR Y REVISTA	SCIMAGO	ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Riding an elephant: A Qualitative study of nurses' moral journeys in thecontext of Medical Assistance in Dying (MAiD) **Pesut et al.** **Journal Of Clinical Nursing**	1.657 Q1	Descripción interpretativa	59 enfermeras	Describir la experiencia moral de las enfermeras en el contexto de la muerte asistida.	**Ámbito:** Hospitales de Holanda **Recogida de datos:** Entrevistas semiestructuradas y muestreo en bola de nieve **Período: 2005-2006** **Análisis de los datos:** Transcripciones y notas de campo.	Resultados: • Las enfermeras describieron conflictos emocionales profundos provocados por la muerte asistida. • Utilizaron puntos de referencia para dar sentido a su decisión, incluida la elección, el control y la certeza del paciente y otras como la moral, dudas sobre la vida futura y la paz y gratitud por parte del paciente y sus familiares. Conclusiones: • La muerte asistida es un proceso duro para las enfermeras y para algunas requiere darle sentido en sus creencias y moral.
Impact of Medical Assistance in Dying on palliative care: A Qualitative study **Mathews et al.** **Palliative medicine**	1.657 Q1	Diseño descriptivo cualitativo con análisis temático.	23 sanitarios: 13 médicos y 10 enfermeras	Explorar la visión y experiencia de los proveedores de cuidados paliativos en el contexto de la muerte asistida	**Ámbito:** Hospitales de Ontario **Recogida de datos:** Entrevistas semiestructuradas y muestreo con bola de nieve **Período:** 2005-2006 **Análisis de los datos:** Transcripciones y notas de campo.	Resultados: • La muerte médicamente asistida (MMA) ofrece una alternativa a la muerte natural. • La legislación acerca de la MMA puede alterar los criterios del tradicional control de síntomas. • La MMA genera nuevas conversaciones incómodas. • La MMA ocasiona un impacto emocional y personal en los sanitarios. • La MMA provoca cambios en la relación ente el cuidador y el paciente. • Los recursos de los CP son consumidos por las peticiones de MMA. Conclusión: • La muerte asistida ha tenido un impacto profundo en los proveedores de cuidados paliativos y su práctica. • Entrenar la comunicación junto con acceso a recursos para la toma de decisiones éticas y una revisión de la legislación pueden ayudar a abordar nuevos desafíos.

TÍTULO, AUTOR Y REVISTA	SCIMAGO	ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience **Lamb et al.** **Journal Of Advanced Nursing**	1.007 Q1	Estudio fenomenológico interpretativo	8 enfermeras	Explorar el significado de objeción de conciencia en la práctica clínica.	**Ámbito**: Enfermeras de Ontario **Recogida de datos:** Con entrevistas **Período**: 2016-2017 **Análisis de los datos**: Método de Heidegger	Resultados: • Las objeciones de conciencia son problemas críticos y actuales para las enfermeras canadienses. • La educación ética, advertencia y el respeto por la decisión de las enfermeras son necesarias en Canadá para apoyar a aquellas que decidan ejercerlo. Conclusión: • El significado ético de cada enfermera se forma a través de sus experiencias vividas al encontrarse con situaciones en el ámbito profesional, a las que pueden aludir al derecho a objeción de conciencia.