



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Taboada R., Paulina

Sedación paliativa (parte I). Controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas

Acta Bioethica, vol. 18, núm. 2, noviembre, 2012, pp. 155-162

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55424952003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sedación paliativa (parte I). Controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas

Paulina Taboada R.¹

Resumen: El artículo analiza el uso de la sedación paliativa como una herramienta terapéutica potencialmente muy útil en Medicina Paliativa. Se propone que, aunque los conocimientos médicos sobre esta práctica clínica han avanzado bastante en la última década, la evidencia empírica disponible sigue siendo limitada y la controversia persiste. El debate actual incluye aspectos como: las definiciones y la terminología a utilizar (sedación paliativa vs. terminal); los tipos de sedación que se incluyen bajo ese término (intermitente vs. continua; superficial vs. profunda); las indicaciones clínicas (síntomas físicos vs. sufrimiento existencial); el uso concomitante vs. la suspensión de la hidratación y la nutrición médicamente asistida, y los fundamentos éticos y su diferencia con la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido. Se revisan algunos aspectos del debate actual sobre el concepto de “sedación paliativa” y sus diferentes definiciones, así como también ciertas controversias relacionadas con sus aplicaciones clínicas. Aunque se mencionan brevemente algunas cuestiones éticas relacionadas con esta práctica clínica, éstas no se abordan directamente en este artículo, sino que se dejan deliberadamente para un análisis más profundo en una segunda parte.

Palabras clave: cuidados paliativos, sedación profunda, atención terminal, cuidado de hospicio, eutanasia

Palliative sedation (part I). Controversies about terms, definitions and clinical applications

Abstract: This article analyzes the use of palliative sedation, as a potentially useful therapeutic tool in Palliative Medicine. It suggests that, in spite of the improvement of medical knowledge related to palliative sedation during the last decade, available empirical evidence is still limited and controversy persists. The current debate includes aspects such as: 1. The definition and terminology (palliative vs. terminal sedation); 2. The types of sedation that are included under these expressions (intermittent vs. continuous; superficial vs. profound); 3. The clinical indications (physical symptoms vs. existential suffering); 4. The concomitant administration vs. withdrawal of medically assisted nutrition and hydration; 5. The ethical foundations and its difference with euthanasia and/or physician-assisted-suicide. This article analyzes aspects related to the concept of “palliative sedation” and its different definitions, as well as some controversies related to its clinical applications. Although ethical issues related to palliative sedation are briefly mentioned, they are not dealt with in this article, but intentionally left for a deeper analysis in a part II.

Key Words: palliative care, deep sedation, terminal care, hospice care, euthanasia

Sedação paliativa (parte I). Controvérsias sobre termos, definições e aplicações clínicas

Resumo: O artigo analisa o uso da sedação paliativa como uma ferramenta terapêutica potencialmente muito útil em Medicina Paliativa. Propõe-se que, ainda que os conhecimentos médicos sobre esta prática clínica tenham avançado bastante na última década, a evidência empírica disponível segue sendo limitada e a controvérsia persiste. O debate atual inclui aspectos como: as definições e a terminologia a ser utilizada (sedação paliativa vs. terminal); os tipos de sedação que são incluídas sob esse termo (intermitente vs. contínua; superficial vs. profunda); as indicações clínicas (sintomas físicos vs. sofrimento existencial); o uso concomitante vs. a suspensão da hidratação e a nutrição medicamente assistida, e os fundamentos éticos e sua diferença com a eutanásia e/ou suicídio medicamente assistido. São revisados alguns aspectos do debate atual sobre o conceito de “sedação paliativa” e suas diferentes definições, assim como também certas controvérsias relacionadas com as suas aplicações clínicas. Ainda que sejam mencionadas brevemente algumas questões éticas relacionadas com esta prática clínica, estas não são abordadas diretamente neste artigo, mas são deixadas deliberadamente para uma análise mais profunda numa segunda parte.

Palavras-chave: cuidados paliativos, sedação profunda, atenção terminal, cuidado de “hospice”, eutanásia

¹ Médico Internista y Doctor en Filosofía. Profesor Asociado Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Correspondencia: ptaboada@med.puc.cl

Introducción

El recurso a la sedación, como herramienta terapéutica, no es nuevo en medicina. En efecto, la sedación se utiliza habitualmente para paliar los dolores y las molestias asociadas a procedimientos invasivos, como la cirugía, y también para el manejo de los “grandes quemados” (1,2). Asimismo, en psiquiatría se suele utilizar en pacientes extremadamente agitados y/o con severos ataques de pánico. Sin embargo, las primeras descripciones del uso de la sedación para el control de síntomas en etapas avanzadas de la enfermedad se publicaron en 1990-1991 y no fue sino en 2000 que se acuñó el término “sedación paliativa” (1). A partir de entonces, la sedación pasó a ser considerada una herramienta terapéutica potencialmente útil en la atención de pacientes moribundos (Medicina Paliativa) (1-4).

Durante la última década, los conocimientos médicos sobre la sedación paliativa han avanzado bastante. Se han publicado diversos estudios clínicos (5-8), revisiones sistemáticas (9-11) y guías clínicas (2,12-14). Sin embargo, la evidencia empírica disponible sigue siendo limitada y la controversia persiste. Un dato que llama la atención es la enorme dispersión en la prevalencia de las indicaciones de sedación paliativa en los diferentes centros asistenciales, que varía desde menos de 10% hasta más de 50% de los pacientes (2,5-15). Esto sugiere que no existe uniformidad en los criterios clínicos aplicados (15). Efectivamente, este es uno de los aspectos que hoy se debaten en el ámbito internacional. Otros puntos de controversia son: el concepto, las definiciones y la terminología a utilizar (“sedación paliativa” vs. “sedación terminal”) (16-18); los tipos de sedación que se incluyen bajo este término (superficial vs. profunda; intermitente vs. continua); las indicaciones clínicas (síntomas físicos vs. “sufrimiento existencial”); el uso concomitante vs. la suspensión de la hidratación y nutrición médicamente asistidas (1,11,19,20), etc. Sin embargo, el aspecto que motiva las mayores controversias se relaciona con la fundamentación ética de esta práctica clínica y su diferencia con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido (1-4,21-27).

En este artículo revisaremos el debate actual sobre el concepto de “sedación paliativa” y sus diferen-

tes definiciones, así como también las controversias en torno a sus aplicaciones clínicas. Dejaremos para una segunda parte el análisis de algunas cuestiones éticas y los principios que suelen invocarse para fundamentar su legitimidad moral.

Debate actual sobre los términos y las definiciones

La controversia que suscita este tema hoy se debe —entre otras razones— a que no todos los autores entienden lo mismo cuando proponen la sedación como una herramienta terapéutica útil en etapas finales de la vida. Entre las definiciones más utilizadas en la literatura médica está la que sostiene que sedación paliativa es “la administración intencional de drogas requeridas para reducir la conciencia en un paciente terminal tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios” (1: 329).

Sin embargo, en la literatura se manejan también otras definiciones (1-4,16-18). La idea común a las diversas definiciones es que se trata de inducir deliberadamente una reducción del nivel de conciencia de un paciente terminal, con el objetivo de aliviar síntomas severos que han sido refractarios a las terapias habitualmente utilizadas. Las diferencias se refieren a: i) la inclusión —o no— del requisito de limitar esta terapia exclusivamente para pacientes en fase de muerte inminente (agonía) (1,11); ii) las consideraciones relacionadas con la profundidad del compromiso de conciencia alcanzado; iii) la previsible reversibilidad o irreversibilidad de la medida; iv) la inclusión —o no— de síntomas psicoespirituales y el “sufrimiento existencial” entre las indicaciones clínicas (28-33).

Así, por ejemplo, en relación con la previsible reversibilidad o irreversibilidad de la medida, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) propone distinguir conceptualmente entre “sedación paliativa” y “sedación terminal” (34). Aunque no todos los autores avalan hoy esta distinción conceptual, la connotación de la previsible irreversibilidad que tendría la “sedación terminal” adquiere una particular relevancia, no solo desde el punto de vista clínico, sino también en cuanto a sus implicancias éticas. En este sentido, la tendencia actual parece ser sustituir el término

“sedación terminal” por la expresión “sedación profunda continua hasta la muerte”, para referirse a la inducción de un coma farmacológico profundo, que se mantendrá previsiblemente hasta que el paciente fallezca(11).

Otro aspecto polémico en relación con la definición de “sedación paliativa” es que cuando se induce una disminución del nivel de conciencia el paciente suele perder la capacidad de ingerir líquidos y nutrientes en forma espontánea. Ello ocurre en mayor o menor medida según el nivel de profundidad de la sedación. Surge entonces la pregunta por la necesidad de implementar medidas de alimentación y/o hidratación médicamente asistida en estos casos. Quill propone que la discontinuación de la hidratación y nutrición serían un componente típico de la sedación al final de la vida(19,20). En la misma línea, Rietjens(35) introduce ese aspecto en la misma definición de “sedación terminal”, que vendría a ser “la administración de drogas para mantener al paciente en sedación profunda o coma hasta la muerte, sin darle nutrición o hidratación artificial”(35:179). Aunque la propuesta de estos autores no goza de una amplia aceptación entre los especialistas, es indudable que motiva una reflexión acerca de sus fundamentos médicos y éticos.

A pesar de esta falta de uniformidad en el uso de los términos y las definiciones, que aún persiste, cabría recalcar que el concepto de “sedación terapéutica (o paliativa), en el contexto de la medicina paliativa, es el uso monitorizado de medicamentos con la intención de inducir un estado de conciencia disminuido o ausente (inconsciencia), con el fin de aliviar la carga de un sufrimiento intratable por otras vías, de una manera que es éticamente aceptable para el paciente, la familia y los proveedores de salud”(2:581). Este concepto está en sintonía con los objetivos de la Medicina Paliativa, que serían: i) optimizar el confort (físico y psico-espiritual); ii) optimizar la funcionalidad (cuando sea posible), y iii) respetar la “muerte natural”(3).

Controversias relacionadas con las aplicaciones clínicas

a) Indicaciones clínicas

Desde un punto de vista descriptivo, Cherney & Radbruch(2) proponen categorizar los diferentes contextos clínicos en los que se podría aplicar la sedación en Medicina Paliativa del siguiente modo: 1) sedación transitoria controlada para procedimientos nocivos; 2) sedación para el cuidado de quemaduras; 3) sedación en la desconexión programada de ventilación mecánica al final de la vida; 4) sedación para el manejo de síntomas refractarios al final de la vida; 5) sedación de emergencia; 6) sedación de “tregua”, y 7) sedación por razones psicológicas o sufrimiento existencial. Dentro de esta categorización, la sedación para el manejo de síntomas severos y refractarios al final de la vida es lo que corresponde —más propiamente— al concepto de “sedación paliativa”.

En Medicina Paliativa se suele hacer una distinción entre “síntomas difíciles” y “síntomas refractarios”(2-4). Los “síntomas difíciles” representan un importante desafío para los clínicos. Sin embargo, a pesar de las dificultades que reviste su manejo, estos síntomas son capaces de responder —al menos potencialmente— a intervenciones (no-invasivas o invasivas) dentro de un plazo razonable. Los “síntomas refractarios”, por el contrario, son aquellos que no logran ser controlados adecuadamente, a pesar de esfuerzos agresivos por identificar la terapia más apropiada según su causa, y/o la eventual respuesta no puede alcanzarse en un lapso de tiempo razonable(2-4).

Esta distinción cobra cierta relevancia al momento de analizar los datos disponibles acerca de la prevalencia de las indicaciones de sedación paliativa en diferentes centros asistenciales, ya que —en algunos casos— podría ocurrir que la falta de conocimientos técnicos, de experiencia clínica y/o de acceso a los recursos terapéuticos necesarios, lleve a catalogar como “refractarios” síntomas que realmente no lo son.

De hecho, para definir un síntoma como “refractario” se exige que: 1) ninguno de los medios convencionales de tratamiento sintomático haya resultado efectivo; 2) el eventual efecto de las terapias habituales no pueda conseguirse lo suficientemente rápido, y/o 3) los medidas terapéuticas habituales se hayan acompañado de efectos adversos inaceptables en el caso individual(2-4).

Cherny & Radbruch(2) resumen muy bien estos criterios cuando afirman que la sedación paliativa “estaría potencialmente indicada en pacientes con un *distress* intolerable debido a síntomas físicos, cuando no hay métodos de paliación que puedan actuar en un rango de tiempo aceptable y sin efectos adversos inaceptables(2:584).

Hoy sabemos que, entre los síntomas que con mayor frecuencia se comportan como “refractarios” al final de la vida —motivando el recurso a la sedación—, están la agitación, el delirio, la dificultad respiratoria, el dolor severo, las náuseas y/o los vómitos incontrolables; las mioclonías y algunos otros (tabla 1)(1-15). Por otro lado, algunos paliativistas afirman que los síntomas psico-espirituales —incluyendo el “sufrimiento existencial” que experimentan algunos pacientes cuando se aproxima su muerte— también deberían ser incluidos entre las indicaciones de sedación paliativa(28-33). Es evidente que esta indicación resulta muy cuestionable y no es universalmente aceptada.

Tabla 1: Frecuencia de síntomas tratados con sedación al final de la vida.

Síntoma	Claessens et al. (Multicéntrico)	Ventafrida, et.al	Fainsinger et al. (Multicéntrico)	Porta
Delirio/ agitación	12-60%	11%	9-23%	44%
Disnea	12-63%	33%	0-13%	35%
Dolor	10-51%	31%	1-4%	19%
Distress psicológico	1-27%	-	-	6%
Náuseas/ vómitos	6-10%	5%	0-6%	-
Otros	3-67%	-	1-11%	-

De este modo, entre las razones que podrían explicar la enorme dispersión en la prevalencia de las indicaciones de “sedación paliativa” en los diversos centros(2), podrían encontrarse no solo la diversidad en la terminología utilizada y los criterios de “refratariedad” aplicados en cada caso, sino también la falta de uniformidad en los criterios clínicos y las inquietudes éticas que esta práctica clínica suscita, tanto entre los miembros del

equipo de salud como entre los mismos pacientes y sus familiares, etc.(21-27). En efecto, la constatación de cuestionamientos éticos relacionadas con el recurso a la sedación al final de la vida ha motivado un debate internacional tanto entre los paliativistas como entre los bioeticistas, como veremos en la parte II de este estudio(2,21-27).

b) Procedimientos

Sin entrar en un análisis detallado de las diferentes técnicas de “sedación paliativa” utilizadas por los especialistas, para los efectos de esta revisión es importante destacar que el objetivo terapéutico que se persigue es —como decíamos antes— una reducción del nivel de conciencia de un paciente tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas severos y refractarios. Los fármacos que más se utilizan para inducir esta sedación terapéutica son las benzodiacepinas, los antipsicóticos y los barbitúricos(1-4,11-14). Dado que los opiodes —conocidos por su potente acción analgésica— no tienen un buen efecto sedante, no se recomienda su uso en este contexto(1-4,11-14).

Las diferentes formas de implementar esta práctica clínica varían en cuanto a la profundidad de la sedación alcanzada y a su continuidad en el tiempo(1-4,11-14). Así, de acuerdo con la profundidad del compromiso de conciencia alcanzado, se suele distinguir entre sedación superficial, media y profunda(2). En relación con la temporalidad, se habla de sedación continua, transitoria o intermitente(2). La práctica que más controversia suscita en la actualidad es la sedación profunda continua, ya que, en este caso, se prevé que el paciente fallecerá después de haber pasado los últimos días de su vida en coma profundo. Es indudable que esto reviste implicancias ético-antropológicas importantes, que se analizarán en la parte II.

Efectivamente, uno de los efectos adversos más importantes de la sedación al final de la vida es, evidentemente, que el paciente pierde, en diverso grado, la capacidad de ejercer las facultades superiores, incluyendo la de participar activamente en la toma de decisiones y de relacionarse con los familiares y/o seres queridos. Para mitigar este problema se recomienda utilizar siempre el menor grado de sedación que sea necesario para aliviar

adecuadamente los síntomas(1-4,11-14). Entre los potenciales riesgos de la sedación están la agitación paradójica y el eventual aceleramiento de la muerte(2-4). Aunque existen datos que sugieren que la sedación paliativa no aceleraría la muerte de los pacientes terminales “en globo”(1,2), en casos individuales podría existir un pequeño riesgo de aceleramiento de la muerte, por depresión respiratoria, aspiración y/o compromiso hemodinámico(2-4). Por tanto, la necesidad de asumir este riesgo debe ponderarse cuidadosamente en cada situación. Su peso relativo será diferente en el contexto de pacientes agónicos que en pacientes cuya expectativa de vida sea más prolongada y la sedación se plantee como una medida transitoria para el alivio de síntomas descontrolados.

Debido a los riesgos antes mencionados, el monitoreo permanente de los parámetros hemodinámicos y de la frecuencia respiratoria, así como la disponibilidad de antidotos, son parte integrante del procedimiento de sedación. En casos en que no sea posible implementar estas precauciones, se recomienda abstenerse de la sedación(2-4).

Usos inadecuados, usos imprudentes y abusos

En la literatura médica se han publicado algunos datos sobre la existencia de abusos de la sedación en pacientes terminales(2,21-26,36-39), así como también diversas formas de uso inapropiado y de aplicaciones alejadas de la *lex artis*, de cuya prevalencia poco se sabe(2).

Usos inadecuados(2) de la sedación paliativa ocurren cuando se administran sedantes a un paciente con la intención de aliviar síntomas, pero en circunstancias clínicamente inapropiadas, por ejemplo, cuando no se ha hecho una cuidadosa evaluación clínica del paciente y se consideran como “refractarios” síntomas que en realidad no lo son; o cuando no se toman en cuenta factores reversibles que podrían corregirse para aliviar los síntomas, sin necesidad de recurrir a la sedación, etc. También se han reportado usos inadecuados de la sedación en caso de médicos que experimentan el síndrome conocido como “*burn out*” en la atención de pacientes muy complejos y/o demandantes(2).

Por otro lado, existen también omisiones inadecuadas(2) de la sedación paliativa, por ejemplo,

cuando el médico dilata innecesariamente la decisión de iniciar la sedación, por temor a sus efectos adversos o a los riesgos que lleva aparejados; o cuando los profesionales de la salud optan por no implementar la sedación, evitando así la inversión de tiempo que supone el proceso de entrega de información y el asesoramiento en la toma de decisiones en una materia tan delicada, etc.(2).

Aplicaciones *substandard*(2) de la sedación ocurren cuando la indicación de la sedación es, en sí misma, adecuada, pero en su implementación no se cuidan los procedimientos exigidos por las “buenas prácticas clínicas”(40-42). Por ejemplo, cuando no se realizan adecuadamente los procesos de entrega de información y consentimiento informado; cuando no se implementa el debido monitoreo de parámetros hemodinámicos, frecuencia respiratoria, o cuando se usan drogas inapropiadas (por ejemplo, opiodes), etc.

Abusos(2) de la sedación ocurren cuando un médico seda a un paciente terminal con la intención primaria de acelerar su muerte(2,21-26,36-39). Efectivamente, es sabido que entre los riesgos del uso de sedantes en altas dosis están la depresión respiratoria y el compromiso hemodinámico, que pueden causar la muerte del paciente. Por tanto, un médico podría abusar de la sedación al indicar dosis de sedantes ostensiblemente más altas de las que se necesitarían para un adecuado control de síntomas, con la intención encubierta de acelerar la muerte. O cuando se recurre a una sedación profunda, en caso de pacientes que no presentan síntomas refractarios, con el objetivo oculto de llegar a niveles que afecten negativamente sus funciones vitales, causando así una muerte anticipada, etc.(2,21-26,36-39).

Este tipo de abusos ha sido denominado “eutanasia lenta” o “eutanasia encubierta”(2,36,37): actos éticamente inaceptables que, además, están penados por la ley en la mayoría de los países del mundo(2,36,37). Sin embargo, es llamativo que —de acuerdo con la literatura— estas formas de abuso de la sedación tiendan a ser más frecuentes precisamente en aquellos países donde la eutanasia o el suicidio médicamente asistido están legalizados. Entre las razones que podrían explicar esta paradoja está que el recurso a la sedación —

como método para causar la muerte del paciente— parece ser socialmente mejor aceptado que las actuales técnicas de eutanasia y, por otro lado, permite a los médicos saltarse los trámites legales exigidos para los casos de eutanasia en las legislaciones actualmente vigentes (Holanda, Bélgica y Luxemburgo)(1,2,36,37).

Reflexiones finales

La sedación paliativa es considerada hoy una herramienta terapéutica potencialmente muy útil en la atención de los pacientes terminales. Por sus efectos adversos y los riesgos que lleva aparejados, su indicación se suele reservar para el manejo de síntomas severos y refractarios, considerándose un recurso terapéutico de uso extremo. Sin embargo, la literatura médica revela que en la actualidad el recurso a la sedación al final de la vida se ha ido ampliando progresivamente, de modo que esta práctica no siempre cuenta con una clara justificación clínica, ni ética. Por tanto, la identificación de sólidos criterios clínicos y éticos que orienten en el uso adecuado de la sedación al final de la vida, tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes y sus familiares, es una tarea que cobra hoy especial relevancia.

Dado que en Chile, como en la mayoría de los países latinoamericanos, no existen guías clínicas para el uso adecuado de la sedación al final de la vida, parece oportuno invitar a los profesionales de la salud a revisar los criterios clínicos y los aspectos ético-antropológicos relacionados con el uso de la sedación paliativa, de modo de contribuir efectivamente a difundir las “buenas prácticas clínicas” en esta materia. Esto podría tener un impacto positivo, no solo en la calidad de la atención clínica que brindamos a los pacientes moribundos, sino también en el desarrollo de la Medicina Paliativa en nuestro país.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto FONDECYT Regular N° 1110721, por el Premio Manuel Velasco-Suárez a la Excelencia en Bioética 2011 y por un proyecto de la Vicerrectoría de Investigación y la Dirección de Pastoral de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Proyecto N° DGP09-PADH016).

Referencias

1. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310-333.
2. Cherny N, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009; 23(7): 581-593.
3. Cherny N. Palliative sedation. En: Bruera E, Higginson I, Ripamonti C, von Gunten C. *Textbook of Palliative Medicine*. London: Hodder Arnold; 2006: 976-987.
4. Krakauer EL. Sedation in palliative medicine. In: Hanks G, Cherny N, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK. (eds.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 4th edn. Oxford: Oxford University Press; 2009.
5. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth B. Symptom prevalence and control during cancer patient's last days of life. *J Palliat Care* 1990; 6: 7-11.
6. Fainsinger R, Waller A, Bercovici M, Bengston K, Landman W, Hosking M, Nunez-Olarte JM, De Moissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Pall Med* 2000; 14: 257-265.
7. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care. A critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003; 2: 2.
8. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 447-453.
9. Engstrom J, Bruno E, Holm B, Hellzen O. Palliative sedation at end of life. A systematic literature review. *Eur J Oncol Nurs* 2006; 11: 26-35.
10. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine. Definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001; 9: 403-407.
11. Royal Dutch Medical Association Committee on National Guideline for Palliative Sedation. *Guideline for Palliative Sedation 2009*. Utrecht, The Netherlands: Royal Dutch Medical Association (KNMG); 2009.
12. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A National Guideline for Palliative Sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 666-670.
13. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 2003; 6: 345-350.
14. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 2005; 8: 716-729.
15. Morita T. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. *Support Care Cancer* 2004; 12: 584-592.
16. Beel A, McClement SE, Harlos M. Palliative sedation therapy: a review of definitions and usages. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8: 190-199.
17. Jackson WC. Palliative sedation vs. terminal sedation: what's in a name? *Am J Palliat Care* 2002; 19: 81-82.
18. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine – definition and review of the literature. *Support Care Cancer* 2001; 9: 403-407.
19. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000; 123: 408-414.
20. Quill TE, Lo B, Broca DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997; 278: 2099-2104.
21. Pomerantz SC, Bhatt H, Brodsky NL, Lurie D, Ciesielski J, Cavalieri TA. Physicians' practices related to the use of terminal sedation: moral and ethical concerns. *Palliat Support Care* 2004; 2: 15-21.

22. Veterans Health Administration National Ethics Committee. The ethics of palliative sedation as a therapy of last resort. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 483-491.
23. Cassell EJ, Rich BA. Intractable End-of-Life Suffering and the Ethics of Palliative Sedation. *Pain Med* 2010; 11: 435-438.
24. Jansen LA, Sulmasy DP. Sedation, Alimentation; Hydration, and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life. *Ann Intern Med* 2002; 136: 845-849.
25. Jansen LA. Intractable End-of-Life Suffering and the Ethics of Palliative Sedation: A commentary on Cassell and Rich. *Pain Med* 2010; 11: 440-441.
26. Boyle J. Medical Ethics and double effect; a case of terminal sedation. *Theor Med Bioeth* 2004; 25: 52-60.
27. Porta J, Nuñez JM, Altisent R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz D, Novellas A, Rivas J. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Trabajos del Comité de Ética de la SECPAL. *Med Pal (Madrid)* 2002; 9: 41-46.
28. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Terminal sedation for existential distress. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17: 189-195.
29. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 445-450.
30. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284: 2907-2911.
31. Cherny NI. Commentary: sedation in response to refractory existential distress: walking the fine line. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 404-406.
32. Rousseau P. Existential distress and palliative sedation. *Anesth Analg* 2005; 101: 611-612.
33. Taylor BR, McCann RM. Controlled sedation for physical and existential suffering? *J Palliat Med* 2005; 8: 144-147.
34. Fundacio Víctor Grifols i Lucas. *Ética y sedación al final de la vida*. Cuadernos de la Fundacio Víctor Grifols i Lucas (nº 9), Barcelona; 2003.
35. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, van der Wijk L, van der Heide A, van der Rijt CC. Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 228-234.
36. Mounjt B. Morphyn Drips, Terminal Sedation, and Slow Euthanasia: Definitions and Facts, Not Anecdotes. *J Palliat Care* 1996; 12(4): 31-37.
37. Brody H. Commentary on Billings and Block's "Slow Euthanasia". *J Palliat Care* 1996; 12(4): 38-41.
38. Broekaert B. Palliative sedation defined or why and when terminal sedation is not euthanasia. *J Pain Manage* 2000; 20(6): S 58.
39. Levy MH, Cohen SD. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: a fine intentional line. *Semin Oncol* 2005; 32: 237-246.
40. Higgins PC, Altilio T. Palliative sedation: an essential place for clinical excellence. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2007; 3: 3-30.
41. Hospice and Palliative Care Federation of Massachusetts. *Palliative Sedation Protocol: A Report of the Standards and Best Practices Committee*. Norwood, MA: Hospice and Palliative Care Federation of Massachusetts; 2004.
42. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85.

Recibido: 27 de enero de 2012

Aceptado: 2 de marzo de 2012