



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Efecto de la sedación
paliativa sobre la
supervivencia de los
pacientes terminales**

Alumno/a: Luque Ortega, Álvaro

Tutor/a: Prof. Dr. Francisco Pedro García Fernández

Dpto: Enfermería

Junio, 2017



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Efecto de la sedación
paliativa sobre la
supervivencia de los
pacientes terminales**

Alumno/a: Luque Ortega, Álvaro

Tutor/a: Prof. Dr. Francisco Pedro García Fernández

Dpto: Enfermería

Firma:

Junio, 2017

AGRADECIMIENTOS:

Me gustaría agradecer a mí profesor D. Francisco Pedro García Fernández por todo su empeño, paciencia y por su gran labor como tutor para poder llevar a cabo este Trabajo Fin de Grado, ya que sin sus conocimientos y consejos que nos ha ido dando a lo largo de este tiempo me ha servido de gran ayuda para la realización del trabajo.

También quisiera agradecer a mi familia todo el apoyo que me ha proporcionado tanto en estos meses como a lo largo de la carrera que ha hecho que nunca me rinda y a mis amigos por confiar siempre en que puedo con todo lo que me proponga.

Por último, pero no por eso menos importante, agradecer a todos y cada uno de los pacientes terminales que pasaron por el servicio de paliativos durante mi estancia como enfermero en prácticas y a todo el equipo que conforma este servicio, puesto que si no llega a ser por ellos y la humanidad que me transmitieron, a día de hoy no habría realizado este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	6
PALABRAS CLAVE.....	6
ABSTRACT	7
KEY WORDS	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Historia Cuidados Paliativos	8
1.2. Sedación Paliativa.....	12
1.3. Ética y Cuidados Paliativos	15
1.4. Ética y Sedación Paliativa	17
1.5. Justificación	20
2. OBJETIVOS	20
2.1. Objetivo general	20
2.2. Objetivos específicos.....	20
3. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Tipo de estudio.....	21
3.2. Bases de datos consultadas.....	21
3.3. Criterios de búsqueda	21
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	22
3.5. Criterios de calidad metodológica.....	23
3.6. Datos a considerar.....	23
3.7. Agregación de los datos	23
3.8. Aspectos éticos.....	23
4. RESULTADOS	23
4.1. Descripción general de los resultados de búsqueda.....	23
4.2. Artículos obtenidos	25
4.3. Estudios basados en la supervivencia de la sedación	29
4.3.1. Opinión del personal sanitario y familiares.....	32
4.4. Estudios basados en la ética y/o legalidad de la sedación	34
4.4.1. Sedación vs eutanasia	34
4.4.2. Sedación vs hidratación y nutrición artificial	35
5. DISCUSIÓN.....	37

6. CONCLUSIÓN	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
8. ANEXOS	44

Índice de Abreviaturas

CP: Cuidados Paliativos.

St: *Saint*.

SNC: Sistema Nervioso Central.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

SP: Sedación Paliativa.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature.

LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

Índice de Tablas

Tabla 1: Precursores históricos del Movimiento Hospice.	9
Tabla 2: Hitos importantes del progreso de los CP en España.	12
Tabla 3: Niveles de SP a partir de la definición de Broeckeaert.	15
Tabla 4: Resumen búsqueda bibliográfica (bases de datos, cadenas de búsqueda, filtros y periodo).	21
Tabla 5: Características principales de los estudios seleccionados.	25
Tabla 6: Resultados de los estudios que comparan la supervivencia entre pacientes sedados y no sedados.	29
Tabla 7: Opinión del personal sanitario y familiares sobre la sedación.	33
Tabla 8: Comparación de la sedación y la eutanasia.	34
Tabla 9: Efecto de la retirada de hidratación/nutrición artificial en la sedación.	36
Tabla 10: Resumen selección de artículos de la búsqueda bibliográfica.	47

Índice de Figuras

Figura 1: Diagrama de flujo.	24
-------------------------------------	----

RESUMEN

En esta revisión el objetivo llevado a cabo es determinar el efecto de la sedación paliativa en la evolución de la enfermedad terminal así como identificar los aspectos éticos que engloba la sedación. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica en base a 36 estudios obtenidos de la búsqueda en diferentes bases de datos (Pubmed, Cuiden Plus, CINAHL, LILACS, Scopus y Psycinfo), con una cadena de búsqueda y unos filtros de acuerdo a cada una de las distintas bases. Además de realizar una búsqueda inversa a raíz de los resultados obtenidos. Se han aplicado criterios de inclusión y exclusión en la selección de los artículos. En cuanto a los resultados y según la evidencia actual se puede decir que la sedación paliativa no influye en la supervivencia del paciente terminal ya que no existe una diferencia significativa entre el tiempo de vida de los pacientes que han sido sedados frente a los que no han recibido sedación, a raíz de esto también se ha podido comprobar que existe diversidad en cuanto a la opinión que se tiene sobre la sedación paliativa y la influencia de esta sobre el paciente tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los familiares. Se ha verificado que la sedación paliativa y la eutanasia son unos procesos diferentes que cuentan con unos objetivos, una intención y un efecto totalmente distintos. La retirada de fluidos y alimentos no afecta a la supervivencia del paciente en fase terminal y debe ser considerada como un procedimiento independiente de la sedación paliativa. Como conclusión de este trabajo se puede determinar que existe una falta de información sobre la sedación paliativa tanto en profesionales sanitarios como en familiares, lo que conlleva en algunos casos a equipararla erróneamente con la eutanasia.

PALABRAS CLAVE

Sedación paliativa, sedación terminal, enfermo terminal, muerte, mortalidad.

ABSTRACT

Effect of palliative sedation on the survival of terminally-ill patients. In this review, the objective was to determine the effect of palliative sedation on the evolution of the terminal disease and to identify the ethical aspects of sedation. For this purpose, a bibliographic review was performed based on 36 studies obtained from the search in different databases (Pubmed, Cuiden Plus, CINAHL, LILACS, Scopus and Psycinfo), with a search string and filters according to each one of the different bases. In addition to performing a reverse search based on the results obtained. Inclusion and exclusion criteria have been applied in the selection of articles. Regarding the results and according to the current evidence it can be said that palliative sedation does not influence the survival of the terminal patient since there is no significant difference between the life time of patients who have been sedated versus those who have not. Received sedation, as a result of this it has also been verified that there is diversity in the opinion about palliative sedation and the influence of this on the patient both by health professionals and relatives. It has been verified that palliative sedation and euthanasia are different processes that have totally different objectives, intention and effect. The withdrawal of fluids and foods does not affect the survival of the terminal patient and should be considered as an independent procedure of palliative sedation. As a conclusion of this work can be determined that there is a lack of information on palliative sedation in both health professionals and relatives, which leads in some cases to equate it erroneously with euthanasia.

KEY WORDS

Palliative sedation, terminal sedation, terminally-ill, death, mortality.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Historia Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos son un modelo singular de cuidados proyectados a la obtención del bienestar o comodidad y ayuda a los pacientes y familias que se encuentran en las etapas finales de una enfermedad terminal. La intención primordial de estos cuidados es lograr que los enfermos se encuentren sin dolor y con los síntomas controlados, de manera que sus últimos días se desarrollen con la máxima dignidad posible y acompañado de sus familiares y gente querida.

Los CP ni aligeran ni dificultan el proceso de fallecer, tampoco dilatan el tiempo de vida ni aceleran la muerte. Simplemente procuran estar presentes y proporcionar la información y los conocimientos técnicos y especializados de cuidados sanitarios, y el apoyo emocional y espiritual durante la etapa terminal en un ambiente que comprende el hogar y los seres queridos del paciente o enfermo, incluyendo también el cuidado posterior a la muerte del paciente, ya que el soporte y la ayuda es esencial para los familiares en esos momentos.

Esta es la filosofía de los CP que tiene su origen en Londres en torno a la década de los años 60¹, donde Robert Twycross hace referencia a los comienzos del Movimiento *Hospice*, cuyos espacios son creados para aumentar el bienestar y confort del paciente y sus familiares en fase terminal, y que pueden ser comparados con los hospicios medievales², siendo valorados como pioneros de los hospicios de final del siglo XIX.

Los hospicios de la Edad Media no cuentan verdaderamente con una finalidad de tipo clínica sino que era de carácter caritativo, donde se cuida y se ayuda a aquellas personas que lo necesitan como pueden ser turistas, peregrinos, huérfanos, etc., proveyendo de un alojamiento y un techo donde comer a las personas enfermas y curarlas en la medida de lo posible³.

El hospicio medieval no es primariamente un emplazamiento destinado a las personas moribundas y agónicas. No sería hasta varios siglos después, en 1842, en Lyon, cuando se comienza a hablar de los *hospices* como un lugar de cuidado para personas terminales². Con el paso del tiempo se siguen formando nuevos *Hospice* como

los cristianos de Dublín y Londres, donde Cicely Saunders se labró como enfermera, quien con el paso del tiempo llega a fundar el *St. Crithoper's Hospice* reconocido como el origen del moderno Movimiento *Hospice* y de los respectivos CP³.

Todos estos acontecimientos sucedidos a lo largo de la historia de los CP se encuentran reflejados a continuación (Tabla 1).

Tabla 1: Precursores históricos del Movimiento Hospice.

SIGLO	AÑO	LUGAR	PERSONA	TIPO DE CENTRO
V	400	Ostia	Fabiola, discípula de San Jerónimo	Hospicio en el puerto de Roma
XII	-	Europa	Caballeros Hospitalarios	Hospederías medievales y hospicios
XVII	1625	Francia	Las Hijas de la Caridad y San Vicente de Paul	Hospicios y lazaretos
XIX	1842	Lyon	Jean Granier y la Asociación de Mujeres del Calvario	<i>Hospices o Calvaries</i>
XIX	-	Prusia	Pastor Flinder	Fundación Kaiserwerth
XIX	1872	Londres	Fundación protestantes	<i>The Hostel of God (Trinity Hospice), St Luke's Home</i> y otras protestantes <i>Homes</i>
XIX	1879	Dublín	Las Hermanas Irlandesas de la Caridad y Madre Mary Aikenhead	<i>Our Lady's Hospice</i>
XX	1909	Londres	Hermanas Irlandesas de la Caridad	<i>St. Joseph's Hospice</i>
XX	1975	Montreal	Balfour Mount	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital

XX	1987	Londres	Cicely Saunders	<i>St. Christopher's Hospice</i>
----	------	---------	-----------------	----------------------------------

Fuente: Elaboración propia, adaptada y basada en la información del artículo de Montes de Oca¹.

En la historia de los cuidados paliativos cabe destacar la importancia que tiene Cicely Saunders, que se instruyó como enfermera en la Escuela de Londres de *St. Thomas's Hospital Nightingale School* y que con el paso de los años comprendió que tratar con las personas moribundas era un modo de dar gracias a Dios por su Fe.

Al mismo tiempo que llevaba a cabo su función de trabajadora social, durante las tardes colaboraba como voluntaria en el *St. Lukes Hospital*, donde dedicó un particular interés a la lectura de escritos anuales del hospital.

En el periodo que transcurre entre 1958-1965 Cicely Saunders trabajó e exploró sobre el cuidado de los pacientes terminales en *St. Joseph Hospice*, en aquel lugar oía a los enfermos, cogía notas, apuntes y realizaba registros y monitorizaba los resultados en cuanto al control del dolor y demás síntomas típicos de los pacientes¹.

Cicely Saunders fundó en 1967 el *St. Christopher Hospice*, un emplazamiento donde enfermos y familiares se beneficiasen de la disposición de un hospital y a su vez, de un entorno cálido, como es la hospitalidad y el amparo de un hogar. El objetivo de este *Hospice* es aumentar la calidad de vida de aquellas personas que se encuentran ante una enfermedad perniciosa avanzada, alguna enfermedad del SNC y las personas de edad avanzada³.

En 1963 Saunders dio una ponencia en torno al concepto de cuidados globales en la Universidad de Yale. Esta toma de contacto llevó a cabo una sucesión de acontecimientos que culminaron en el origen del Movimiento Hospice de Estados Unidos. Cabe destacar a Kübler Ross, quien a través de entrevistas con enfermos moribundos, contribuye a una nueva perspectiva sobre la psicología y las etapas emocionales que tiene un paciente durante la enfermedad terminal hasta el momento de la muerte.

Con relación al desarrollo de los CP en los distintos países cabe destacar algunos de ellos, como es el caso de Estados Unidos, quien ha sido precursor en cuanto a la

apertura de los cuidados paliativos orientados a otras patologías, particularmente en los pacientes jóvenes de VIH.

El término “Cuidados Paliativos” tiene su origen en Canadá, gracias al cual se especifica de mejor modo la filosofía del cuidado que se ofrece a los enfermos terminales en comparación al concepto de *Hospice* que resulta estar más unido a la estructura física de una entidad o institución¹.

En 1970 ocurrieron tres hechos importantes en Londres para establecer los CP:

- Desarrollo de la visita a domicilio.
- Equipos de soporte en hospitales.
- Cuidado de enfermos en centros de día².

En Holanda el pensamiento público ha estado en torno a los obstáculos de la generalización del uso de la eutanasia, la cual ha llevado a que muchos autores consideren que esta práctica ha descuidado los Cuidados Paliativos y que este hecho genera cierta dificultad para que los CP sean reconocidos en su totalidad.

En países como Francia, Noruega, Suecia y Bélgica los CP evolucionan convenientemente a raíz del establecimiento de Equipos Consultores Especializados en CP que ejercen en los hospitales de agudos¹.

En cuanto a la medicina paliativa en España cabe recalcar el papel de precursores como Jaime Sanz Ortiz, Marcos Gómez Sancho, Xavier Gómez Batiste y Antonio Pascual que descubrieron que existía una forma distinta de asistir a los pacientes terminales. La medicina paliativa española ha alcanzado un grado de desarrollo más que razonable, destacando una serie de acontecimientos de los CP reflejados en la siguiente tabla (Tabla 2)³.

Tabla 2: Hitos importantes del progreso de los CP en España

AÑO	ACONTECIMIENTO
1984	Instauración de la UCP del Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.
1987	Establecimiento de la UCP del Hospital Santa Creu, Vic, Barcelona.
1989	1ª edición del Curso Intensivo de Cuidados Paliativos del Grupo de Estudios de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza.
1989	Fundación de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital El Sabinal, Las Palmas de Gran Canaria.
1991	Comienza el funcionamiento de la primera Unidad Móvil de Atención Domiciliaria de la Asociación Española Contra el Cáncer, AECC.
1991	Instauración de la UCP del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
1992	Creación de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. Madrid, 8/1/92.
1993	Publicación de la Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL, por el Ministerio de Sanidad.
1994	I Congreso Internacional de Cuidados Paliativos de la AECC, Madrid, 9-12 de febrero.
1994	Nueva regulación para prescripción de estupefacientes en España
1994	Publicación del 1 ^{er} manual de CP y 1ª edición del Curso a Distancia de CP e Intervención Psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas.
1995	I Congreso de la SECPAL y IV Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, 6-9 de diciembre, Barcelona.
1997	Publicación del Directorio SECPAL de Programas de CP.

Fuente: Elaboración propia, adaptada y basada en la información del artículo de Centeno y Arnillas³.

1.2. Sedación Paliativa

En el campo de la Medicina Paliativa, el concepto de sedación es entendido por la administración de medicamentos indicados para reducir el grado de conciencia del paciente, con el propósito de controlar determinados síntomas o de disponer y preparar al paciente para una intervención diagnóstica o terapéutica que pueda ser agobiante o dolorosa^{4,5}.

La sedación se puede clasificar a través de diferentes criterios:

- a) Según el objetivo:
 - **Sedación primaria:** es la reducción del nivel de conciencia de un enfermo con la finalidad de realizar una intervención terapéutica.
 - **Sedación secundaria:** es el descenso de la conciencia de un paciente como resultado colateral de un medicamento suministrado para el tratamiento de un síntoma.
 - b) Según la temporalidad:
 - **Sedación intermitente:** es aquella que posibilita fases de alerta en el enfermo.
 - **Sedación continua:** conserva la reducción del grado de conciencia del enfermo de manera permanente.
 - c) Según la intensidad:
 - **Sedación superficial:** la cual admite la comunicación y diálogo del enfermo con las personas que le asisten.
 - **Sedación profunda:** es aquella en la que el enfermo permanece inconsciente.
- En este caso se puede determinar dos conceptos distintos pero a la vez relacionados entre sí: sedación paliativa y sedación terminal⁴.

- **Sedación paliativa:** es la administración premeditada de medicamentos en las dosis y combinaciones o mezclas precisadas, con el objetivo de disminuir el nivel de conciencia del paciente con enfermedad terminal, tanto como sea necesario para mitigar apropiadamente uno o más síntomas refractarios, con su debido consentimiento correspondiente, así sea de forma explícita, implícita o delegada^{4,6-8}.

La sedación paliativa es el uso controlado, regulado y monitoreado de dichos fármacos cuya intención es el alivio de la angustia y el sufrimiento intratable de cualquier otra manera y que es admitido por la ética tanto para el enfermo, como sus familiares y los profesionales sanitarios⁷⁻⁹. Es una postura extrema a través de la cual la angustia y el sufrimiento intolerable llega a su final permitiendo así que los pacientes en estadio avanzado de su enfermedad terminal, cuyo fallecimiento se prevé en horas o días, mueran y descansen en paz^{10,11}.

Dentro de la SP podemos establecer un subtipo, denominado sedación profunda continua (DCS), que se usa fundamentalmente para controlar los periodos más tardíos del proceso terminal⁷.

La SP se considera una sedación de carácter primario, es posible que sea intermitente o continua y superficial o profunda.

- **Sedación terminal:** es aquella administración premeditada de medicamentos para conseguir el consuelo y alivio, inaccesible con otras medidas, de una angustia y un sufrimiento tanto físico como psicológico, a través de la reducción lo suficiente profunda e irreversible de la conciencia en un enfermo cuyo fallecimiento se presiente muy próximo y siempre con su consentimiento, bien explícito, como implícito o delegado. Es una sedación de carácter primario y continuo, en cuanto a la intensidad es posible que sea superficial o profunda, por lo que podemos considerar que la sedación terminal es un tipo de SP que se usa en la fase de agonía⁴.

En cuanto a los síntomas refractarios, anteriormente mencionados, se pueden definir como aquellos síntomas que no se puede conseguir un control adecuado pese a los esfuerzos agresivos y de alta intensidad para averiguar un tratamiento o terapia admisible y tolerable en un periodo de tiempo apropiado que no provoque el compromiso de la conciencia del enfermo^{4,6,12}. Hay una serie de requisitos para considerar un síntoma refractario, que son los siguientes:

- Ninguno de los recursos habituales de tratamiento sintomático ha sido eficaz.
- Cuando el efecto esporádico de los tratamientos usuales no se puede lograr lo suficientemente rápido.
- Los tratamientos usuales y habituales se encuentran asociados a efectos adversos inadmisibles para el enfermo⁸.

Uno de los efectos adversos y perjudiciales que posee la sedación en la etapa final de la vida es, claramente, que el enfermo sufre una pérdida, en cierto nivel, de su capacidad y condición de desempeñar sus aptitudes y facultades superiores, incluyendo la de tomar parte activamente en la toma y elección de decisiones, así como de poder relacionarse y tratar con los miembros de su familia y sus seres queridos. Por este motivo, la SP es un método que tiene distintos niveles de profundidad en la sedación,

llevándose a cabo de una forma gradual y usando siempre el grado más pequeño de sedación que sea indispensable para mitigar correctamente los síntomas en base a las necesidades de los enfermos^{7,8}. Se distinguen los siguientes niveles de sedación en relación con el grado de conciencia (Tabla 3).

Tabla 3: Niveles de SP a partir de la definición de Broeckaert.

Nivel de sedación	Explicación
Intermitente leve	Reducción intermitente y leve de la conciencia en la que el enfermo reacciona aún a estímulos.
Continuo leve	Disminución continua y leve del nivel de conciencia en el cual el enfermo sigue reaccionando a estímulos.
Intermitente-profundo, situación no aguda	Reducción intermitente del nivel de conciencia para controlar un síntoma refractario no agudo, en el que el paciente se encuentra inconsciente.
Intermitente-profundo, situación aguda	Disminución intermitente del grado de conciencia para tratar un síntoma refractario agudo, encontrándose el paciente en estado de inconsciencia.
Continuo-profundo, situación no aguda	Reducción continua de la conciencia del enfermo, que se encuentra inconsciente, para tratar un síntoma no agudo
Continuo-profundo, situación aguda	Disminución continua del nivel de conciencia del paciente para tratar un síntoma agudo, estando inconsciente.

Fuente: Elaboración propia, traducida del artículo de Claessens, Menten, Schotsmans et al¹³.

1.3. Ética y Cuidados Paliativos

Para mencionar y tratar la ética del CP es inevitable orientar situaciones y circunstancias alrededor de los medicamentos y tratamientos aplicados, a la alimentación y nutrición básica y necesaria, así como al rechazo y oposición de la eutanasia¹⁴, que se define según la OMS como la actuación médica de causar el fallecimiento del enfermo, es toda práctica u omisión cuya competencia y responsabilidad recae en el personal facultativo o en personas cercanas al paciente, provocando así la muerte rápida e inmediata de la persona con el propósito de evitar sufrimientos intolerables o la demora artificial de la vida⁶.

Al considerar la cuestión relacionada con la medicación y los tratamientos es bien sabido que el objetivo intrínseco y común de las ciencias de la salud es preservar la supervivencia de los pacientes y mitigar el sufrimiento, no obstante, plantearse un alivio del sufrimiento y la angustia en la etapa final de la vida ligado a la preservación de la misma se torna en una misión de compleja ejecución. Frente a esta situación nace la inquietud y el desasosiego de ¿hasta dónde preservar la vida si no hay posibilidad de mitigar dicho sufrimiento?, poniendo en tela de juicio el llamado encarnizamiento terapéutico o distanasia¹⁴.

Según la Ética y la Deontología de la Medicina y de la Enfermería está establecida la obligación y los deberes esenciales de respetar la vida, así como la dignidad de todos los pacientes y enfermos, adquiriendo una especial importancia en el cuidado de los pacientes en fase terminal, debiéndose brindar los tratamientos paliativos que aporten el mayor alivio del sufrimiento, junto con la conservación de su dignidad, implicando el cese de los tratamientos ineficaces o desmesurados de los que lo único que cabe esperar es una prolongación innecesaria de la vida⁵.

La decisión y disposición de restringir alguna técnica de soporte vital no significa que el esfuerzo terapéutico concluya. En este ámbito los CP adquieren un carácter asistencial de gran importancia donde la sedación, la analgesia y la ayuda psicológica son un apoyo indispensable y de una enorme responsabilidad. Betancourt indica que dicha limitación de los procedimientos de soporte vital no se fundamenta en la supresión premeditada de un cuidado apropiado y necesario para la supervivencia o curación del paciente, sino de no empezar un tratamiento que no tenga sentido alguno, desde el punto de vista médico¹⁵.

A pesar de ser complicado de comprender, la muerte es un proceso natural e innato del ciclo de la vida. Por este motivo, aunque pueda hallarse la posibilidad de una mejora repentina o inesperada o de un progreso en la recuperación, dichas expectativas no deben obcecar el modo de actuación, debido a que en varias ocasiones, lo más adecuado y conveniente es “ofrecer una oportunidad a la expiración” para que desempeñe el paso más certero de la vida¹⁴.

El equipo de enfermería establece sus actuaciones y procedimientos en la base de que cuando un enfermo no tiene una cura posible, en toda ocasión se le puede mitigar la angustia y el sufrimiento, proporcionando así la ocupación propia de los CP, donde

las enfermeras tienen el cometido de ocuparse de que el camino de la vida a la muerte sea de la manera más serena e indolora posible⁶.

Otra perspectiva que hay que tener en cuenta es el aspecto unido a la hidratación y la alimentación en la etapa final de un enfermo terminal. Es frecuente percatarse de que una persona descuida o abandona su alimentación y pierde el interés y las ganas de comer cuando llega a las últimas etapas de su enfermedad, y es en ese momento cuando en seguida se comienza con procedimientos e intervenciones hacia su persona para obtener accesos venosos, para su correspondiente suministro de fluidos y líquidos a nivel parenteral, con el pensamiento de que al impedir la deshidratación, sería posible evitar de cierta modo el sufrimiento.

Twycross explica que cuando se alcanza las fases finales del proceso de enfermedad, el incremento de los líquidos intravenosos a nivel corporal, no tiene beneficios para el paciente, ya que una deshidratación podría ocasionar que el volumen urinario se reduzca, teniendo así una menor necesidad de miccionar o tener que realizar un sondaje vesical. Se habla de que con una baja deshidratación existiría una disminución de las secreciones pulmonares, reduciendo así la tos, la percepción y sensación de ahogo, asfixia, evitando la aspiración de las vía aérea. Además, el dolor incluso es posible que se reduzca debido a una disminución del edema que se encuentra alrededor de los tumores.

La elección respecto a la adecuación de rehidratar o no debe focalizarse más en la comodidad y confort del enfermo que en la meta de proporcionar una nutrición e hidratación impecable, se debe analizar los riesgos y beneficios del uso de líquidos intravenosos, ya que cabe recordar que los CP consisten en conservar la calidad de vida hasta el último día¹⁴.

1.4. Ética y Sedación Paliativa

La sedación en la agonía corresponde al último procedimiento aplicable para el paciente terminal a la hora afrontar los síntomas biológicos, emocionales o sentimentales y existenciales en el momento en el que los demás medios y recursos terapéuticos no han resultados eficaces en el alivio de los síntomas⁵.

Desde la perspectiva de la ética y la deontología la manera más correcta de asegurar una buena toma de decisiones en torno a la sedación es:

- Procedimientos y/o métodos diagnósticos y terapéuticos que demuestren cuando un síntoma se considera refractario.
- Adquirir el consentimiento para llevar a cabo la SP y/o terminal. Dicho consentimiento se puede lograr a través del paciente si se encuentra en sus plenas facultades o de manera delegada, a través de los intereses y de las voluntades que el enfermo frecuentemente haya declarado a sus familiares o al equipo sanitario, siendo indispensable que quede constancia en el registro clínico.
- Explicación y descripción dentro de su historia clínica de todo el desarrollo y ajuste de la sedación, evaluando los parámetros correspondientes de respuesta y reacciones, como puede ser el grado de conciencia y la ansiedad reflejada⁴.

Para valorar, desde un punto de vista ético, si está justificada la prescripción de SP en un paciente en fase terminal, es indispensable contemplar los criterios citados a continuación⁵:

- La SP está prescrita cuando se halla en el enfermo una serie de síntomas refractarios que no responden al tratamiento, bien sea de carácter físico o psicológicos^{5,6,9,10,12}.
- El paciente que padece una enfermedad terminal e incurable se encuentra en unas circunstancias donde la muerte es inminente o está muy cercana^{5,6,9,12}.
- Debe existir un consentimiento informado por parte del paciente, o de la familia en caso de no ser posible recibirlo del primero^{5,6,10,12}.
- Los medicamentos que disminuyen el grado de conciencia indicados en la SP deben ser estrictamente administrados en el nivel necesario y primordial para mitigar el sufrimiento^{6,9}.
- Los profesionales sanitarios deben tener conocimientos, destreza y habilidad en todo lo relacionado con la SP, siendo aconsejable consultar con sus compañeros o expertos en la materia para tener una segunda opinión^{9,12}.
- Debe existir una orden o dictamen donde se refleje un acuerdo para no comenzar una reanimación cardiopulmonar^{11,12}.
- Cuando se cuestiona la eliminación de alimentos y agua.
- Cuando se comunica a los familiares que el enfermo posiblemente no recobre el conocimiento y fallecerá.

- Ocasionar el fallecimiento del paciente no es el propósito a pesar de no conseguir un control conveniente de los síntomas¹⁰.
- Cuando se decide dejar los procedimientos e intervenciones que no ayudan a preservar el confort y la comodidad del enfermo¹¹.

Una forma de justificar el uso de la SP en relación con la ética es el principio del doble efecto, que se fundamenta en los principios de beneficencia y no maleficencia, cuya creencia se basa en que un hecho o acción que origina un mal resultado, como el fallecimiento, puede ser integra y moralmente admisible siempre y cuando de este resultado se ocasione otro efecto bueno de forma proporcional, como sería la atenuación del dolor o del sufrimiento y angustia intolerable. El mal producido no es intencionado ni deliberado, el mal resultado no es un recurso para conseguir el efecto bueno, el hecho no es propiamente malo y existe un equilibrio a favor del resultado bueno. Este principio justifica un mal ineludible ocasionado por el seguimiento improrrogable de un bien¹⁵. La SP complace las pretensiones del principio del doble efecto ya que, a pesar de llegar a la inconsciencia en algunas ocasiones, no se considera inmoral, el propósito de mitigar el sufrimiento beneficioso, los recursos utilizados para alcanzar el bien (medicación sedante) no son perjudiciales y los resultados favorables planeados son equitativamente superiores a los resultados negativos (depresión respiratoria, hipotensión o fallecimiento en caso de no realizar la técnica correctamente)^{11,12}.

Una incertidumbre que envuelve la ética de la SP es que puede ser posible que se limite el tiempo de vida, especialmente cuando se asocia a la eliminación de alimento y fluidos, quebrantando así el principio de la no maleficencia y siendo comparado con la eutanasia¹², pero en ningún momento la intención de la sedación es esa, ya que el propósito es aliviar el sufrimiento y para eso se siguen realizando una serie de cuidados basados en mantener el confort del enfermo, como es contemplar si existe riesgo de aspiración, reducir o restringir la ingesta oral en caso de que la vía aérea se encuentre desprotegida, conservar la boca humedecida y administrar cuidados de la boca y tratamiento ocular profiláctico y preventivo. En cuanto al oxígeno se recomienda utilizarlo para preservar el confort y no para lograr una saturación óptima, se administran la medicación necesaria vía intravenosa o subcutánea y el cuidado urinario se sigue continuando. Los medicamentos sedantes utilizados para la SP se gradúan durante el día completo y en base al control de síntomas refractarios sin pretender llegar a la inconsciencia, monitorizándose para tener un control rutinario por parte de los

profesionales sanitarios, haciéndose ver que la intención de este método no es la de acortar la vida del paciente¹¹.

1.5. Justificación

En vista de que el cuidado de los individuos que padecen enfermedades terminales o de mal pronóstico resultará todavía más significativo a causa del envejecimiento de la población junto al incremento de los procesos cancerígenos y las demás enfermedades crónicas incurables, se origina una necesidad imperiosa de información y de conocimientos fiables acerca de la sedación paliativa¹³.

Debido a que ante un proceso terminal lo que se busca es que cuando llegue la muerte del paciente sea lo más digna y en paz posible, y para ello se recurre en muchas ocasiones a la SP, aunque existe un gran desconocimiento de sus características y de sus efectos llegándose a pensar que la sedación acorta la vida o que es similar a la eutanasia, tanto por parte de los familiares de los paciente como incluso de algunos profesionales sanitarios, generando un amplio debate social en torno a la sedación y a la ética.

Por esta razón este trabajo se basa en ampliar los conocimientos que se tienen de la sedación paliativa junto a los dilemas éticos que la engloban para evitar así los prejuicios que se puedan ocasionar tanto por parte de la familia como de los profesionales sanitarios a la hora de llevar a cabo todo el proceso de sedación paliativa.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar el efecto de la sedación paliativa en la evolución de la enfermedad terminal

2.2. Objetivos específicos

- Identificar aspectos éticos relacionados con sedación paliativa en los últimos días.
- Identificar aspectos legales relacionados con sedación paliativa en los últimos días.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura con la intención de recapitular y sintetizar la información adquirida a través de los estudios seleccionados sobre la sedación paliativa.

3.2. Bases de datos consultadas.

La revisión se ha realizado en las bases de datos bibliográficas más relevantes de ciencias de la salud, siendo estas las mencionadas a continuación:

- Pubmed.
- Cuiden Plus.
- Cochrane.
- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).
- Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).
- Scopus.
- Psycinfo.
- CSIC.

3.3. Criterios de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se ha elaborado desde comienzos de octubre de 2016 hasta finales de diciembre de 2016. Para ello se han utilizado las siguientes cadenas de búsqueda y filtros correspondientes en cada base de datos, reflejados a continuación (Tabla 4):

Tabla 4: Resumen búsqueda bibliográfica (bases de datos, cadenas de búsqueda, filtros y periodo).

Bases de datos	Cadena de búsqueda	Filtros	Periodo
PUBMED	(Palliative sedation[tiab] OR terminal sedation[tiab]) AND terminally-ill[mj:noexp] AND (mortality[mj:noexp] OR death[tiab])	Titulo, resumen y tema principal	1962-2016
CUIDEN	((“sedación paliativa”)OR(“sedación		1978-2016

PLUS	terminal"))AND(("mort*")OR("muerte"))		
COCHRANE	((("SEDACION PALIATIVA") OR ("SEDACION TERMINAL")) AND ((MORT*) OR (MUERTE)))		1993-2016
CINAHL	(Palliative sedation OR terminal sedation) AND MJ terminally-ill AND (mortality OR death)	Tema principal	1982-2016
LILACS	sedación paliativa OR terminal AND mor\$		1982-2016
SCOPUS	(TITULE-ABS-KEY ((palliative sedation OR terminal sedation)) AND TITLE-ABS-KEY (terminally-ill) AND TITLE-ABS-KEY ((mortality OR death)))	Título, resumen y palabras clave	1996-2016
PSYCINFO	ab(Palliative sedation OR terminal sedation) AND mjsub(terminally-ill) AND ab((mortality OR death))	Resumen y tema principal	1972-2016
CSIC	Sedacion paliativa O terminal Y mort*		1971-2016

Fuente: Elaboración propia.

También se ha desarrollado una búsqueda inversa, tras analizar los resultados obtenidos, durante el mes de marzo de 2017 mediante los artículos seleccionados.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión empleados para seleccionar los distintos estudios de esta revisión han sido:

- C1: Artículos originales o revisiones que relacionen el efecto de la sedación paliativa en la supervivencia del paciente.
- C2: Estudios sobre aspectos éticos y/o legales en pacientes terminales que reciben sedación paliativa.
- C3: Estudios realizados en humanos, tanto en adultos como en niños.
- C4: Artículos publicados en inglés, castellano, portugués o francés.

En cuanto a los criterios de exclusión:

- Ci: Literatura gris (cartas al director, tesis, congresos, conferencias u otros).
- Cii: Artículos descatalogados, a los que no ha sido posible acceder a texto completo por su antigüedad.

3.5. Criterios de calidad metodológica

Se decide no evaluar los estudios con ningún criterio de calidad ya que la mayoría de los estudios son cualitativos y retrospectivos, y no se encuentra una herramienta validada conveniente para medir estos artículos.

3.6. Datos a considerar

Los datos extraídos en cada uno de los artículos de esta revisión han sido:

- Autor y año.
- Diseño o tipo de estudio.
- País/ciudad.
- Resultados valorados del estudio (supervivencia entre sedados y no sedados, sedación vs. hidratación/nutrición artificial, sedación vs. eutanasia y opinión de profesionales y familiares sobre la sedación).

3.7. Agregación de los datos

Por el tipo de diseños incluidos (estudios cualitativos) se presenta una agregación narrativa de los datos.

3.8. Aspectos éticos

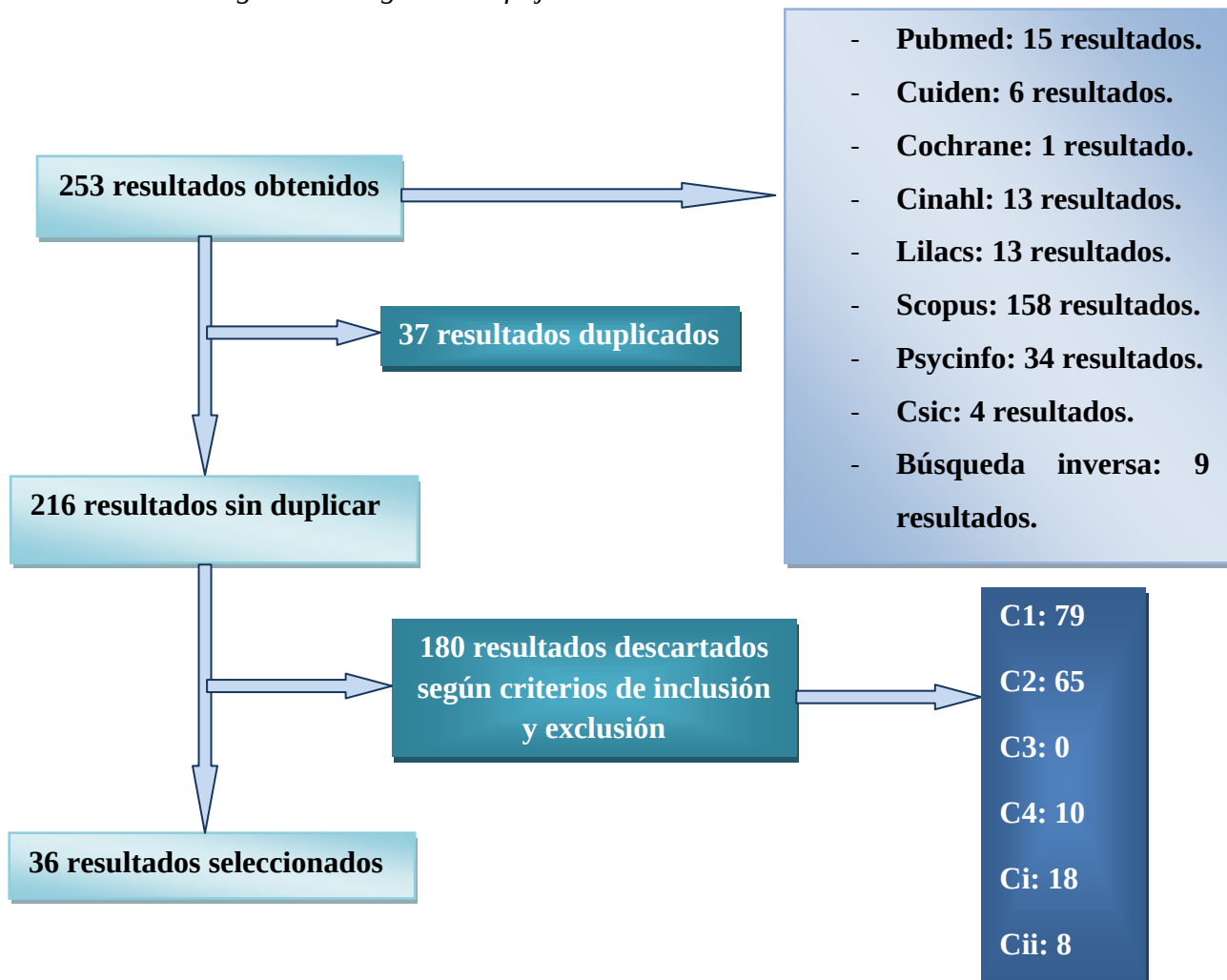
No existe conflicto de interés.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción general de los resultados de búsqueda

Con las cadenas de búsqueda determinadas en la metodología se ha desarrollado la búsqueda lográndose los resultados reflejados de modo sintético en el siguiente diagrama de flujo (Figura 1) y cuya ampliación se encuentra en el ANEXO I:

Figura 1: Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez obtenidos estos resultados y como interpretación del diagrama de flujo anterior cabe destacar que el primer paso realizado ha sido confrontarlos para observar cuántos de ellos son duplicados. Tras esto se eliminan 37 resultados.

A continuación, se aplican los criterios de inclusión y exclusión a los 216 resultados remanentes tras la comprobación de la duplicidad, antes citados en la metodología. De este modo se eliminan 180 resultados en total: 79 por no ser artículos originales o revisiones que relacionasen el efecto de la sedación paliativa sobre la supervivencia del paciente, 65 resultados por no ser estudios en pacientes terminales que reciben sedación paliativa, bien por no ser en pacientes terminales, o bien por no recibir sedación paliativa, 10 por ser artículos en holandés y alemán, 18 por ser literatura gris y 8 por ser artículos a los que no se ha podido acceder debido a su antigüedad, obteniéndose así 36 referencias en total.

De los 216 resultados conseguidos sin duplicar, 54 de ellos se han comprobado leyéndolas a texto completo, los 162 restantes, solo a través de título/resumen.

4.2. Artículos obtenidos

La siguiente tabla reúne las principales características de los estudios logrados tras la búsqueda (Tabla 5).

Tabla 5: Características principales de los estudios seleccionados.

Autor y año	Título	Tipo de estudio	País/ ciudad	Resultados valorados
Stone, P et al. 1997¹⁶	A comparison of the use of sedatives in a hospital support team in a hospice.	Cohorte retrospectiva de casos consecutivos.	Reino Unido.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Wein, S 2000¹²	Sedation in the Imminently Dying Patient.	Revisión bibliográfica.	EE.UU.	-Sedación vs. hidratación/ nutrición. -Supervivencia sedados vs. no sedados. -Sedación vs. eutanasia.
Morita, T et al. 2001¹⁷	Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer Patients.	Cohorte histórica de los registros del hospital.	Japón.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Chiu, TY et al. 2001¹⁸	Sedation for Refractory Symptoms of Terminal Cancer Patients in Taiwan.	Cohorte prospectiva de casos consecutivos.	Taiwán.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Cowan, JD et al. 2002¹¹	Practical Guide to Palliative Sedation.	Guía de Práctica Clínica.	EE.UU.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Sedación vs. hidratación/ nutrición. -Sedación vs. eutanasia.
Porta i Sales, J et al. 2003⁴	Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Sedación paliativa/ sedación terminal.	Documento consenso.	España.	-Sedación vs. eutanasia. -Sedación vs. hidratación.
Sykes, N et al. 2003¹⁹	Sedative Use in the Last Week of Life and the Implications for End-of-life Decision Making.	Cohorte retrospectiva de casos consecutivos.	Reino Unido.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Morita, T et al. 2004²⁰	Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients.	Descriptivo transversal mediante cuestionario.	Japón.	Opinión de familiares.
Kohara, H et al. 2005²¹	Sedation for Terminally Ill patients with Cancer with Uncontrollable Physical Distress.	Cohorte retrospectiva de casos consecutivos.	Japón.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Plonk, WM	Terminal Care: The Last	Revisión	EE.UU.	Sedación vs.

et al. 2005²²	Weeks of Life.	sistemática.		hidratación/ nutrición.
Seymour, JE et al. 2007²³	Relieving suffering at the end-of-life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries.	Descriptivo.	Reino Unido, Bélgica y Países Bajos	-Sedación vs. hidratación. -Sedación vs. eutanasia.
Cellarius, V et al. 2008²⁴	Terminal sedation and the "imminence condition".	Revisión bibliográfica.	Canadá.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Sedación vs. hidratación/ nutrición.
Rietjens, JAC et al. 2008²⁵	Palliative Sedation in a Specialized Unit for Acute Palliative Care in a Cancer Hospital: Comparing Patients Dying With and Without Palliative Sedation.	Cohorte retrospectiva de casos consecutivos.	Países Bajos.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Maltoni, M et al. 2009²⁶	Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study.	Multicéntrico, observacional, prospectivo, no aleatorio y poblacional.	Italia.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Mercadante, S et al. 2009²⁷	Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients.	Prospectivo.	Italia.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Opinión de familiares. -Sedación vs. hidratación/ nutrición.
Russell, JA et al. 2010²⁸	Sedation for the imminently dying: survey results from the ANN Ethics Section.	Descriptivo transversal mediante cuestionario.	EE.UU.	-Opinión de los profesionales. -Sedación vs. eutanasia.
Bruce, A et al. 2011¹⁰	Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice.	Revisión bibliográfica.	Canadá	-Opinión de enfermeras. -Sedación vs. hidratación.
Claessens, P et al. 2011¹³	Palliative Sedation, Not Slow Euthanasia: A Prospective, Longitudinal Study of Sedation in Flemish Palliative Care Units.	Prospectivo, longitudinal y descriptivo.	Bélgica (Flandes).	Sedación vs. hidratación/ nutrición.
Soriano, JL et al. 2011²⁹	Midazolam en la sedación paliativa terminal de pacientes con cáncer.	Retrospectivo descriptivo.	Cuba	-Sedación vs. hidratación. -Opinión de la población. -Sedación vs. eutanasia.
Inghelbrecht, E et al. 2011³⁰	Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium: A Survey Among Nurses.	Descriptivo transversal mediante cuestionario.	Bélgica.	Opinión de enfermeras.
Smith, GP et al. 2011³¹	Refractory pain, existential suffering, and palliative care: releasing an unbearable lightness of being.	Revisión literatura.	EE.UU.	Sedación vs. hidratación/ nutrición.
Taboada, P	Sedación paliativa (parte I).	Revisión	Chile.	Sedación vs. eutanasia.

2012⁸	Controversias sobre términos, definición y aplicaciones clínicas.	literatura.		
Hodelin, R 2012¹⁵	El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales.	Artículo de revisión.	Cuba.	Sedación vs. eutanasia.
Claessens, P et al. 2012³²	Level of Consciousness in Dying Patients. The Role of Palliative Sedation: A Longitudinal Prospective Study.	Prospectivo, longitudinal y descriptivo.	Bélgica.	Sedación vs. eutanasia.
Maltoni, M et al. 2012³³	Palliative Sedation in End-of-life Care and Survival: A Systematic Review.	Revisión sistemática.	Italia.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Leheup, BF et al. 2012³⁴	Théorie du double effet et sedation pour détresse en phase terminale: réflexion autour de la survie des patients sédatisés.	Revisión bibliográfica.	Francia.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Meneses, V et al. 2013⁶	Sedación paliativa y marco social desde la perspectiva enfermera.	Revisión bibliográfica.	España.	Sedación vs. eutanasia.
Maltoni, M et al. 2013⁷	Palliative sedation in end-of-life care.	Revisión bibliográfica.	Italia.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Sedación vs. eutanasia. -Sedación vs. hidratación.
Barathi, B et al. 2013³⁵	Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? A Systematic Review.	Revisión sistemática.	India.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Janssen, D 2014⁹	Palliative Sedation in Nursing Homes: A Good Death?.	Revisión bibliográfica.	Países Bajos.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Opinión de sanitarios.
Taboada, P 2014³⁶	Sedación Paliativa (Parte II). Cuestiones éticas y principios morales.	Revisión literatura.	Chile.	-Sedación vs. eutanasia. -Sedación vs. hidratación/ nutrición.
Maltoni, M et al. 2014³⁷	Palliative sedation for intolerable suffering.	Revisión bibliográfica.	Italia.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Sedación vs. eutanasia. -Sedación vs. hidratación. -Opinión de familiares.
Claessens, P et al. 2014³⁸	Food and fluid intake and palliative sedation in palliative care units: A longitudinal prospective study.	Prospectivo, longitudinal y descriptivo.	Bélgica.	Sedación vs. hidratación/ nutrición.
Ten Have, H et al. 2014³⁹	Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment.	Revisión literatura.	EE.UU.	-Sedación vs. eutanasia. -Opinión de familiares y sanitarios. -Supervivencia sedados vs. no sedados. -Sedación vs.

				hidratación.
Beller, EM et al. 2015⁴⁰	Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults (Review).	Revisión sistemática.	Australia.	Supervivencia sedados vs. no sedados.
Gu, X et al. 2015⁴¹	Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China.	Retrospectivo sistemático.	Shanghái, China.	-Supervivencia sedados vs. no sedados. -Opinión de familiares.

Fuente: Elaboración propia.

Se han obtenido finalmente 36 estudios, de los que se han recogido datos con relación a la supervivencia entre pacientes sedados y no sedados, diferencias entre sedación y eutanasia, relación entre sedación e hidratación/nutrición artificial y la opinión con respecto a la sedación tanto de los profesionales de la salud, como de los familiares o de la población en general.

Los estudios obtenidos comprenden desde los años 1997¹⁶ hasta 2015⁴¹, donde la mayoría de ellos, concretamente 26, abarcan la última década que va desde el año 2007 hasta el año 2017.

Los estudios seleccionados engloban una variedad de países abarcando la mayoría de los continentes, excepto el continente africano. Los estudios encontrados en Europa engloban países como España^{4,6}, Italia^{7,26,27,33,37}, Países Bajos^{9,23,25}, Bélgica^{13,23,30,32,38}, Reino Unido^{16,19,23} y Francia⁽³⁴⁾, en cuanto al continente americano cabe destacar Chile^{8,36}, Canadá^{10,24}, EE.UU^{11,12,22,28,31,39} y Cuba^{15,29}, con respecto al continente de Asia se abarcan países como Japón^{17,20,21}, Taiwán¹⁸, India³⁵ y China⁴¹, por último, de Oceanía se encuentra un estudio realizado en Australia⁴⁰.

Es importante resaltar la diversidad de tipos de estudios que engloban la búsqueda bibliográfica que se ha llevado a cabo, encontrando desde revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, estudios de cohortes retrospectivas y prospectivas, estudios descriptivos hasta estudios cualitativos, resaltando la inexistencia de ningún ensayo clínico aleatorizado, dada la temática escogida este tipo de estudios no será nunca posible realizarlos en estos pacientes, por lo que la evidencia que hemos encontrado será difícil de aumentar con diseños más robustos.

En cuanto al tamaño de la muestra de los distintos estudios se abarca un rango que comprende desde 76 pacientes para tres estudios con el menor tamaño de

muestra^{33,35,40}, hasta 1075 pacientes en el estudio de mayor muestra⁴⁰, con una media de 227 pacientes aproximadamente.

4.3. Estudios basados en la supervivencia de la sedación

Los datos obtenidos en relación con la supervivencia de pacientes sedados y no sedados se encuentran reflejados en la siguiente tabla (Tabla 6):

Tabla 6: Resultados de los estudios que comparan la supervivencia entre pacientes sedados y no sedados.

	Autor y año	Muestra	Tiempo de supervivencia (desde fecha de admisión)	Valor P
1	Stone, P et al. 1997¹⁶	115 Sedados: 30 No sedados: 85	Sedados: 18.6 días. No sedados: 19.1 días.	> 0.2 (No se especifica su valor exacto).
2	Wein, S 2000¹²	115 Sedados: 30 No sedados: 85	Sedados: 18.6 días. No sedados: 19.1 días.	> 0.2 (No se especifica su valor exacto).
3	Morita, T et al. 2001¹⁷	209 Benzodiacepinas Sedados: 57 No sedados: 152	No se especifica en el estudio	0.38
		Haloperidol Sedados: 89 No sedados: 120		0.40
		Hidroxizina Sedados: 31 No sedados: 178		0.76
		Sedantes fuertes Sedados: 11 No sedados: 198		0.48
4	Chiu, TY et al. 2001¹⁸	227 Sedados: 65 No sedados: 162	Sedados: 28.5 días. No sedados: 24.7 días.	0.43
5	Cowan, JD et al. 2002¹¹	227 Sedados: 65 No sedados: 162	Sedados: 28.5 días. No sedados: 24.7 días.	0.43
6	Sykes, N et al. 2003¹⁹	187 Sedados 48h: 64 No sedados: 123	Sedados: 14.3 días. No sedados: 14.2 días.	0.23
7	Kohara, H et al. 2005²¹	124 Sedados: 63 No sedados: 61	Sedados: 28.9 días. No sedados: 39.5 días.	< 0.10 (No se especifica su valor exacto).
8	Cellarius, V et al. 2008²⁴	Se basa en los resultados del estudio de Morita, T et al.(17), reflejados en la fila 3 de la tabla.		
9	Rietjens, JAC et al. 2008²⁵	157 Sedados: 68 No sedados: 89	Sedados: 8 días. No sedados: 7 días.	0.12
10	Maltoni, M et al.	518	Sedados: 12 días.	

	2009²⁶	Sedados: 267 No sedados: 251	No sedados: 9 días.	0.330
11	Mercadante, S et al. 2009²⁷	77 Sedados: 42 No sedados: 35	Sedados: 6.6 días. No sedados: 3.3 días.	0.003
12	Maltoni M, et al. 2012³³	120 Sedados: 63 No sedados: 57	Sedados: 25 días. No sedados: 23 días.	0.57
		115 Sedados: 30 No sedados: 85	Sedados: 18.6 días. No sedados: 19.1 días.	< 0.2 (No se especifica su valor exacto).
		76 Sedados: 23 No sedados: 53	Sedados: 9 días. No sedados: 6 días.	0.09
		227 Sedados: 65 No sedados: 162	Sedados: 28.5 días. No sedados: 24.7 días.	0.430
		548 Sedados: 80 No sedados: 468	Sedados: 21.5 días. No sedados: 21.1 días.	No disponible
		187 Sedados 48h: 64 No sedados: 123	Sedados: 14.3 días. No sedados: 14.2 días.	0.23
		124 Sedados: 63 No sedados: 61	Sedados: 28.9 días. No sedados: 39.5 días.	0.10
		102 Sedados: 68 No sedados: 34	Sedados: 36.5 días. No sedados: 17 días.	0.1
		157 Sedados: 68 No sedados: 89	Sedados: 8 días. No sedados: 7 días.	0.12
		77 Sedados: 42 No sedados: 35	Sedados: 6.6 días. No sedados: 3.3 días.	0.003
		518 Sedados: 267 No sedados: 251	Sedados: 12 días. No sedados: 9 días.	0.330
13	Barathi, B et al. 2013³⁵	120 Sedados: 63 No sedados: 57	Sedados: 25 días. No sedados: 23 días.	0.57
		76 Sedados: 23 No sedados: 53	Sedados: 9 días. No sedados: 6 días.	0.09
		548 Sedados: 80 No sedados: 468	Sedados: 21.5 días. No sedados: 21.1 días.	No disponible
		518 Sedados: 267 No sedados: 251	Sedados: 12 días. No sedados: 9 días.	0.330
		227 Sedados: 65 No sedados: 162	Sedados: 28.5 días. No sedados: 24.7 días.	0.43

		245 Sedados: 29 No sedados: 216	Sedados: 63.9 días. No sedados: 63.3 días.	0.963
		102 Sedados: 68 No sedados: 34	Sedados: 36.5 días. No sedados: 17 días.	0.1
		77 Sedados: 42 No sedados: 35	Sedados: 6.6 días. No sedados: 3.3 días.	0.003
		187 Sedados 48h: 64 No sedados: 123	Sedados: 14.3 días. No sedados: 14.2 días.	0.23
		157 Sedados: 68 No sedados: 89	Sedados: 8 días. No sedados: 7 días.	0.12
		124 Sedados: 63 No sedados: 61	Sedados: 28.9 días. No sedados: 39.5 días.	0.10
14	Janssen, D 2014⁹	Se basa en los resultados de la revisión de Barathi, B et al.(35), reflejados en la fila 13 de la tabla.		
15	Maltoni, M et al. 2014³⁷	Se basa en los resultados de las revisiones de Maltoni et al.(33), y de Barathi et al.(35), reflejados en las filas 12 y 13 de la tabla.		
16	Ten Have, H et al. 2014³⁹	187 Sedados 48h: 64 No sedados: 123	Sedados: 14.3 días. No sedados: 14.2 días.	0.23
		518 Sedados: 267 No sedados: 251	Sedados: 12 días. No sedados: 9 días.	0.330
17	Beller, EM et al. 2015⁴⁰	265 Sedados: 29 No sedados: 236	Sedados: 64 días. No sedados: 63 días.	0.963
		1075 Sedados: 136 No sedados: 939	Sedados: 23 días. No sedados: 23 días.	No disponible.
		129 Sedados: 83 No sedados: 46	Sedados: 24 días. No sedados: 17 días.	No disponible.
		227 Sedados: 65 No sedados: 162	Sedados: 28.5 días. No sedados: 24.7 días.	0.43
		76 Sedados: 23 No sedados: 53	Sedados: 9 días. No sedados: 6 días.	0.09
		124 Sedados: 63 No sedados: 61	Sedados: 28.9 días. No sedados: 39.5 días.	0.10
		518 Sedados: 267 No sedados: 251	Sedados: 12 días. No sedados: 9 días.	0.95
		327 Sedados: 255 No sedados: 77	Sedados: 11 días No sedados: 9 días.	0.51
		548	Sedados: 21.5 días.	No disponible.

		Sedados: 80 No sedados: 468	No sedados: 21.1 días.	
		238 Sedados: 68 No sedados: 170	Sedados: 8 días. No sedados: 8 días.	0.78
		157 Sedados: 68 No sedados: 89	Sedados: 8 días. No sedados: 7 días.	0.12
		115 Sedados: 30 No sedados: 85	Sedados: 18.6 días. No sedados: 19.1 días.	< 0.2 (No se especifica su valor exacto).
		187 Sedados 48h: 64 No sedados: 123	Sedados: 14.3 días. No sedados: 14.2 días.	0.23
		102 Sedados: 68 No sedados: 34	Sedados: 36.5 días. No sedados: 17 días.	0.1
18	Gu, X et al. 2015⁴¹	244 Sedados: 82 No sedados: 162	Sedados: 27.44 días. No sedados: 21.56 días.	0.066

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados muestran que en 17 de los 20 estudios se obtiene un valor $p > 0.05$, por lo tanto la diferencia entre la supervivencia de pacientes sedados y no sedados no es considerada estadísticamente significativa.

En cuanto a los 3 artículos restantes, en los que se encuentra significación estadística realmente son uno solo, ya que hay que señalar que los estudios de Maltoni M, et al.³³ y Barathi, B et al.³⁵ realmente lo que hacen es incluir en su revisión el estudio de Mercadante, S et al.²⁷. Precisamente este estudio muestra una supervivencia superior para los pacientes sedados frente a los no sedados (6.6 días frente a 3.3 días), cabe destacar que la muestra de este estudio es reducida (77 pacientes).

4.3.1. Opinión del personal sanitario y familiares

En cuanto a la opinión que se crea en torno a la sedación, podemos ver que existen diferentes puntos de vista, tanto por parte de los profesionales de la salud como por los familiares de los pacientes, reflejándose en la siguiente tabla (Tabla 7):

Tabla 7: Opinión del personal sanitario y familiares sobre la sedación.

Autor y año	Resultados
Morita, T et al. 2004²⁰	En cuanto a la información y a la frecuencia con que la reciben, el 25% de los familiares la ven insuficiente. En cuanto a la angustia, el 25% sienten altos niveles de angustia y un 33% está preocupado por la carga de tomar decisiones con respecto a su familiar y por qué se pueda acortar el tiempo de vida.
Mercadante, S et al. 2009²⁷	Casi todos los familiares piensan que el paciente no sufre después de iniciar la sedación.
Russell, JA et al. 2010²⁸	El 96% de los neurólogos encuestados piensan que la intención de la SP es el alivio del sufrimiento y el 85% está en contra de que la SP sea moral y equivalente a la eutanasia.
Bruce, A et al. 2011¹⁰	Las enfermeras opinan que la SP preserva la dignidad de los pacientes mejorando la calidad de la muerte a la vez que ofrece a los familiares un tiempo de serenidad tras tanto sufrimiento.
Soriano, JL et al. 2011²⁹	La población en general considera la sedación profunda similar a la eutanasia.
Inghelbrecht, E et al. 2011³⁰	El 77% de las enfermeras creen que la sedación continua profunda se administra con la intención en parte o explícita de acelerar la muerte y el 95'6% piensa que la sedación tiene o puede tener un efecto en la supervivencia del paciente.
Janssen, D et al. 2014⁹	En un estudio el 37% de los médicos de CP creen que la SP disminuye el tiempo de vida y en otro estudio holandés el 41% de los médicos considera que la SP ha disminuido el tiempo de vida de su último paciente.
Maltoni, M et al. 2014³⁷	Las familias creen que la SP se inicia en el momento preciso y ayuda a que la muerte sea más pacífica, pero sienten que existe una falta de comunicación por parte de los profesionales con ellos.
Ten Have, H et al. 2014³⁹	Algunos familiares experimentan un alto nivel de angustia por la SP, ya que creen que no se les proporciona la información necesaria y temen que su decisión acorte la vida del paciente. En cuanto a los sanitarios, en uno de los estudios el 77% de los médicos piensan que la sedación continua profunda acelera la muerte ó que se puede equiparar a la eutanasia según otro estudio.
Gu, X et al. 2015⁴¹	Los familiares piensan que la sedación ocasiona una reducción del tiempo de vida.

Fuente: Elaboración propia.

A raíz de estos resultados podemos ver que existe una opinión dispar sobre la SP, tanto por parte de los profesionales de la salud, como de los familiares de los pacientes.

En cuanto a la opinión de los sanitarios, cabe señalar que un alto porcentaje de médicos japoneses, holandeses y estadounidenses piensan que la SP tiene un efecto de disminución de la supervivencia del paciente^{9,39}, frente a la posición de los neurólogos estadounidenses encuestados en el estudio de Russell, JA et al.²⁸, pensando casi todos que la SP alivia el sufrimiento y que no se puede comparar con la eutanasia, aunque es necesario destacar, que el 62% de estos neurólogos están familiarizados con el concepto de SP. Si nos centramos en la opinión de los profesionales de la enfermería observamos

que hay estudios en los que las enfermeras manifiestan que la SP alivia el sufrimiento tanto de los pacientes como de sus familiares y que permite una muerte digna¹⁰, frente a otros artículos en los que casi todas las enfermeras encuestadas creen que la SP se administra con la intención de acelerar la muerte³⁰.

En relación con el pensamiento de los familiares con respecto a la SP y su efecto sobre el paciente, es importante destacar que sienten una falta de información con respecto a la sedación por parte del equipo sanitario^{20,37,39}, lo que conlleva a que parte de ellos sientan una angustia reflejada por la preocupación por tomar decisiones sobre el futuro de su familiar y por si esa decisión tomada puede influir en el tiempo de vida^{20,39}, llevando a algunos de ellos a equiparar la SP con la eutanasia⁴¹, aunque a pesar de esa falta de información también hay familiares que piensan que este proceso alivia el sufrimiento del paciente³⁷.

4.4. Estudios basados en la ética y/o legalidad de la sedación

4.4.1. Sedación vs eutanasia

En la revisión de los distintos artículos se ha contemplado un debate en torno a la sedación y a la eutanasia en cuanto a sus diferencias y su parecido o semejanza, reflejándose dichos datos en la siguiente tabla (Tabla 8):

Tabla 8: Comparación de la sedación y la eutanasia.

Autor y año	Resultados
Wein, S 2000 ¹²	Algunos críticos argumentan que la SP y la eutanasia son semejantes debido a la retirada de fluidos y alimentos, frente a otros que reflejan que tienen una intención diferente y que el paciente muere a causa de la enfermedad.
Cowan, JD et al. 2002 ¹¹	La SP y la eutanasia se diferencian en base a su intención y a la titulación de los medicamentos.
Porta i Sales, J et al. 2003 ⁴	Tanto la SP como la sedación terminal no son una eutanasia encubierta ya que cuentan con una intención, un proceso y un resultado diferente.
Seymour, JE et al. 2007 ²³	Se expone que cuando la sedación es correcta y proporcional, tanto la intención como el acto en sí y su respectivo resultado se diferencian de la eutanasia.
Russell, JA et al. 2010 ²⁸	Se diferencian en la administración titulada de los fármacos, en la monitorización y en la documentación de la respuesta del enfermo.
Soriano, JL et al. 2011 ²⁹	Se diferencian en base a los objetivos, intención, procedimientos, dosis administrada y resultados para llevar a cabo cada una de ellas.
Taboada, P 2012 ⁸	Si se aplica un uso incorrecto e inapropiado de la SP se puede llegar a realizar una eutanasia encubierta.
Hodelin, R 2012 ¹⁵	La sedación terminal y la administración del coctel lítico se diferencian en su intencionalidad.
Claessens, P	La SP no se asemeja a una eutanasia lenta y se refleja en la intención médica y

et al. 2012 ³²	en el nivel de conciencia del paciente.
Meneses, V et al. 2013 ⁶	La SP no es una eutanasia encubierta puesto que cuenta con unos objetivos, acciones, efectos e indicaciones distintas.
Maltoni, M et al. 2013 ⁷	La SP y la eutanasia cuentan con una intención y un procedimiento diferente.
Taboada, P 2014 ³⁶	Las diferencias éticas y jurídicas entre ambos procedimientos se encuentran en el objetivo, la intención de quien lo pauta y los efectos causados.
Maltoni, M et al. 2014 ³⁷	La SP y la eutanasia cuentan con una moralidad que las diferencia en base a su intención y resultado.
Ten Have, H et al. 2014 ³⁹	La SP y la eutanasia tienen una intención, una titulación de los medicamentos y unos resultados diferentes.

Fuente: Elaboración propia.

Ante estos resultados podemos señalar que existen diversas diferencias entre la SP y la eutanasia, ya que tienen una intención y unos objetivos distintos, puesto que en la sedación los medicamentos sedantes que se administran tienen la intención de aliviar el sufrimiento y la angustia del paciente a causa de los síntomas refractarios, mientras que en la eutanasia el objetivo es la muerte del paciente^{4,6,7,12,15,23,29,32,36,37,39}.

En base al proceso que conlleva la SP y la eutanasia los medicamentos y las dosis pautadas se adaptan y se ajustan a la respuesta que se origina en el enfermo frente al sufrimiento que origina cualquier síntoma refractario^{4,7,11,28,29,39}, requiriendo una monitorización y una evaluación de la respuesta del paciente, debiendo quedar registrado en la historia clínica del enfermo^{28,32}, mientras que en la eutanasia las dosis de los fármacos o de la combinación de estos deben ser letales para producir una muerte lo más rápida posible.

Por último hay que señalar las diferencias entre los efectos/resultados que se producen entre la SP y la eutanasia, ya que en la sedación el efecto causado es la angustia y el sufrimiento mitigados a raíz de una disminución de la consciencia controlada, mientras que en la eutanasia el resultado es la muerte del paciente^{4,6,12,23,29,36,37,39}.

4.4.2. Sedación vs hidratación y nutrición artificial

En base a la retirada de la hidratación y la nutrición artificial al inicio o durante la sedación paliativa se ha elaborado la siguiente tabla, en la que se considera el efecto que produce dicha retención o retirada en el individuo (Tabla 9):

Tabla 9: Efecto de la retirada de hidratación/nutrición artificial en la sedación.

Autor y año	Resultados
Wein, S 2000¹²	La retención de fluidos puede disminuir el tiempo de vida al ser fisiológicamente necesarios, sin embargo, cuando la muerte es inminente, la alimentación no se considera fisiológicamente vital para la vida.
Cowan, JD et al. 2002¹¹	Muchos de los enfermos dejan de comer y beber antes de la sedación debido a su malestar y se refleja que la SP y la retención de hidratación y alimentación deben ser decisiones independientes.
Porta i Sales, J et al. 2003⁴	La hidratación parenteral será considerada en el caso de que el enfermo sedado no esté en fase agónica.
Plonk, WM et al. 2005²²	Los tubos de alimentación enteral se asocian con mayores tasas de complicaciones y la interrupción de esta es totalmente ética y jurídica. En cuanto a la hidratación intravenosa puede perjudicar en base a un empeoramiento del edema, aumento de secreciones y prolongación innecesaria del proceso de morir.
Seymour, JE et al. 2007²³	En un estudio se refleja que la hidratación no dilata el tiempo de vida del enfermo en fase terminal, llegando incluso a tener efectos perjudiciales como edema y aumento de la disnea.
Cellarius, V et al. 2008²⁴	Algunos autores creen que la deshidratación y el hambre pueden acelerar la muerte, mientras que otros justifican que el breve espacio de tiempo no acelera la muerte por deshidratación.
Mercadante, S et al. 2009²⁷	La mayoría de los pacientes dejan de comer antes de la sedación y tras el inicio de la sedación se llega a un acuerdo de la futilidad de la hidratación y nutrición artificial.
Bruce, A et al. 2011¹⁰	Solo el 34% de los pacientes sedados no cuentan con la administración de líquido oral y se refleja que el corto lapso de tiempo de la SP indica que la muerte no se acelera por deshidratación.
Claessens, P et al. 2011¹³	Los pacientes terminales son propensos a comer y beber menos conforme va llegando la muerte. La administración de fluidos artificiales en pacientes de esta categoría puede tener incluso una influencia perjudicial en el estado del paciente.
Soriano, JL et al. 2011²⁹	En enfermos profundamente sedados no se recomienda la hidratación artificial debido a que puede acentuar síntomas como edemas, incontinencia urinaria y secreción bronquial.
Smith, GP et al. 2011³¹	Cuando los esfuerzos de la hidratación y nutrición artificial no están promoviendo los objetivos de un paciente pueden ser retirados de forma ética.
Maltoni, M et al. 2013⁷	En el caso de que se suspenda, la supervivencia del paciente no disminuye.
Taboada, P 2014³⁶	Se estima necesario proporcionar un mínimo nivel de hidratación artificial en los enfermos que tengan una esperanza de vida superior a una o dos semanas.
Maltoni, M et al. 2014³⁷	El comenzar con la SP no es sinónimo de retirar la hidratación parenteral, aunque un exceso de esta puede ocasionar síntomas de retención.
Claessens, P et al. 2014³⁸	Según este estudio la hidratación/nutrición artificial no se retira a todos los pacientes y se observa que en aquellos cuya ingesta era mínima antes de la SP no existe un efecto acortador del tiempo de vida como resultado de esa retención.
Ten Have, H et al. 2014³⁹	Cuando el tiempo de vida es inferior a dos semanas la eliminación de la hidratación y nutrición artificial no acelera la muerte.

Fuente: Elaboración propia.

En este caso se puede observar estudios en los que apoyan la retirada de hidratación y nutrición artificial frente a otros que la retirada de estos sería un proceso negativo para el paciente.

En cuanto a los estudios que apoyan la retirada de hidratación artificial reflejan que cuando la muerte es inminente no se produce ningún efecto sobre la supervivencia del paciente por deshidratación ya que el lapso de tiempo es muy corto para que se produzca dicho efecto^{7,10,13,22-24,27,29,31,38,39}, además justifican que la hidratación artificial puede ocasionar una acentuación de edemas, secreción bronquial y de la disnea^{13,22,23,29,37}.

En torno a la negatividad de la retención de fluidos se manifiesta que la hidratación es un proceso fisiológico necesario y que la retirada de este puede ocasionar una aceleración de la muerte^{12,24} y que todo aquel paciente cuya esperanza de vida sea mayor de dos semanas debe ser hidratado^{4,36}.

Con respecto a la nutrición artificial se justifica que muchos de los pacientes han dejado de comer antes de la administración de la SP debido a su malestar y que la retirada de esta no influye en la supervivencia del enfermo^{7,12,27,31,38,39}, manifestando incluso que los tubos de las sondas de alimentación tienen unas altas tasas de complicaciones en el paciente²².

5. DISCUSIÓN

A pesar de los avances tecnológicos que tenemos hoy en día, el 100% de las personas morirán tarde o temprano, ya que es un proceso natural del ciclo de la vida por el que todo el mundo debe pasar, siendo algo inevitable. Aunque no se puede evitar el proceso de muerte, lo que sí que se puede evitar es morir con un sufrimiento intolerable, y para eso se han creado los cuidados paliativos, un modelo de cuidados proyectados a la obtención del bienestar de aquel que se encuentra en un estado terminal y de las personas que les rodea^{1,35}.

Cuando todos los tratamientos posibles no consiguen aliviar el sufrimiento intratable e intolerante en los pacientes moribundos se recurre a la sedación paliativa para el alivio de dicho sufrimiento, una intervención de la cual existen diversos debates éticos en torno a su uso y al efecto que produce en los pacientes, debido a la falta de

información sobre esta, tanto por parte de los familiares^{20,37,39,41} como de algunos profesionales sanitarios^{9,10,28,30,39}, por lo que se puede considerar como una práctica poco conocida²³.

En cuanto al debate que gira alrededor de la supervivencia se ha podido comprobar, a través de diversos estudios que han comparado el tiempo de vida entre pacientes sedados y no sedados, que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos^{9,11,12,16-19,21,24-26,33,35,37,39-41}, por lo que se podría decir que la sedación no afecta a la supervivencia de los pacientes. A pesar de que no se ha encontrado ningún ensayo clínico aleatorizado debido a que no sería ético ni lícito decidir a qué pacientes se seda y a cuales no^{16,26,27,34,40}, los estudios que se han usado para esta revisión tienen el máximo nivel de evidencia posible, aunque no sea la más adecuada académicamente, no se puede tener mayor nivel debido a lo que se acaba de comentar, por lo que es improbable que aparezcan nuevos estudios que cambien la evidencia actual.

Al demostrar que la supervivencia no se ve afectada por aplicar la sedación se puede decir que no tiene sentido justificar su uso con el principio del doble efecto, puesto que la muerte se produciría a causa de la enfermedad terminal y no como un mal resultado producido por la SP^{22,28}.

Sería interesante y adecuado seguir realizando estudios sobre la supervivencia entre grupos sedados y no sedados y añadir un enfoque con perspectiva de género, ya que en algunos estudios se menciona que existe un porcentaje de hombres y de mujeres en la muestra^{17-19,21,25,26,41}, pero luego en los resultados sobre la supervivencia no se hace diferencia entre ambos géneros y sería conveniente saber cómo afecta la sedación a un hombre y cómo afecta a una mujer.

A raíz de esto se puede decir que la SP y la eutanasia son procesos diferentes, ya que en la eutanasia se produce la muerte del paciente, mientras que en la SP como se ha podido comprobar, el enfermo muere por la enfermedad terminal y no por sedarlo^{4,6,12,23,29,36,37,39}. La razón por la que algunos asemejan la SP y la eutanasia puede encontrarse en que a día de hoy, a pesar de ser la eutanasia legal en algunos países, a la hora de recurrir a ella la enmascaran como una SP porque no terminan de considerarla como algo ético^{23,32}.

En torno al debate creado sobre la retirada de la hidratación y nutrición artificial cabe destacar que no influye en la supervivencia de un enfermo que se encuentra en una fase terminal con una esperanza de vida inferior a 2 semanas^{7,10,12,13,22-24,27,29,31,38,39}, además sería conveniente que este proceso se considerara como independiente de la sedación, puesto que la retirada de fluidos y alimentos no es un requisito para aplicar la SP^{11,37}.

Por último, quisiéramos comentar que sería esencial una mayor formación de los profesionales sanitarios en todo lo que respecta a la SP para evitar que se entienda como una eutanasia y para que así puedan informar a los familiares correctamente de todo el proceso y de esta forma cambie la opinión que existe al respecto^{9,20,29,30,37,39,41}.

6. CONCLUSIÓN

- Con las evidencias actuales se puede decir que la sedación paliativa no influye en la supervivencia del paciente.
- La sedación paliativa y la eutanasia son procesos diferentes, puesto que cuentan con una intención, unos objetivos, una utilización de medicamentos y un efecto totalmente distintos.
- La retirada de fluidos y alimentos no afecta a la supervivencia de un paciente que se encuentra en fase terminal y debe ser considerada como un proceso independiente de la sedación paliativa.
- Existe una falta de información sobre la sedación paliativa tanto en profesionales sanitarios como en familiares que conlleva en algunos casos a equipararla erróneamente con la eutanasia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montes de Oca GA. Historia de los cuidados paliativos [Internet]. 2006 [citado 4 Abr 2017]. Disponible en: http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
2. Montes de Oca GA. Historia de los Cuidados Paliativos. Rev Digit Univ. 2006;7(4):1–9.
3. Centeno C, Arnillas P. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. [Internet]. 1988. Disponible en: <http://medicinapaliativa.com/pdf/cap01-12.pdf>
4. Porta i Sales J, Núñez JM, Altisent R, Gisbert A, Vidal L, Muñoz D, et al. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Sedación Paliativa / Sedación Terminal. Cuad Bioética. 2003;14(50):152–60.
5. Sigüero I, Toquero F. Ética de la sedación en la agonía [Internet]. Organización Médica Colegial de España. 2009. p. 1–5. Disponible en: http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/sedacion%7B_%7Dagonia.pdf
6. Meneses V, Meneses MT, Campos MJ, Moreno AM. Sedación paliativa y marco social desde la perspectiva enfermera. Rev Paraninfo Digit [Internet]. 2013;7(19). Disponible en: <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/para/n19/pdf/031d.pdf>
7. Maltoni M, Scarpi E, Nanni O. Palliative sedation in end-of-life care. Curr Opin Oncol. 2013;25(4):360–7.
8. Taboada P. Sedación paliativa (parte I): controversias sobre términos, definiciones y aplicaciones clínicas. Acta bioeth. 2012;18(2):155–62.
9. Janssen D. Palliative sedation in nursing homes: A good death? J Am Med Dir Assoc. 2014;15(8):541–3.
10. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. J Adv Nurs. 2011;67(12):2732–40.
11. Cowan JD, Palmer TW. Practical guide to palliative sedation. Curr Oncol Rep. 2002;4(3):242–9.

12. Wein S. Sedation in the imminently dying patient. *Oncology (Williston Park)*. 2000;14(4):585-92, 597-8, 601.
13. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation, not slow euthanasia: a prospective, longitudinal study of sedation in Flemish palliative care units. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Jan;41(1):14-24.
14. Rodríguez A. Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos. *Enfermería en Costa Rica*. 2012;33(1):32-40.
15. Hodelín R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *Medisan*. 2012;16(6):949-59.
16. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med*. 1997;11:140-4.
17. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21(4):282-9.
18. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21(6):467-72.
19. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*. 2003;163(3):341-4.
20. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28(6):557-65.
21. Kohara H, Ueoka H, Takeyama H, Murakami T, Morita T. Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. *J Palliat Med*. 2005 Feb;8(1):20-5.
22. Plonk WM, Arnold RM. Terminal Care: The Last Weeks of Life. *J Palliat Med*. 2005;8(5):1042-54.
23. Seymour JE, Janssens R, Broeckaert B. Relieving suffering at the end of life:

- Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Soc Sci Med.* 2007;64(8):1679–91.
24. Cellarius V. Terminal sedation and the “imminence condition”. *J Med Ethics.* 2008 Feb 1 [cited 2017 Mar 26];34(2):69–72.
 25. Rietjens JAC, van Zuylen L, van Veluw H, van der Wijk L, van der Heide A, van der Rijt CCD. 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(3):228–34.
 26. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: Results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol.* 2009;20(7):1163–9.
 27. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(5):771–9.
 28. Russell JA, Williams MA, Drogan O. Sedation for the imminently dying: Survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology.* 2010;74(16):1303–9.
 29. Soriano JL, Lima M, Batista N, Febles R, Morales D. Midazolam en la sedación paliativa terminal de pacientes con cáncer. *Rev Cubana Med.* 2011;50(4):359–75.
 30. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Continuous deep sedation until death in Belgium: A survey among nurses. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(5):870–9.
 31. Smith GP. Refractory pain, existential suffering, and palliative care: releasing an unbearable lightness of being. *Cornell J Law Public Policy.* 2011;20(3):469–532.
 32. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Level of Consciousness in Dying Patients. The Role of Palliative Sedation: A Longitudinal Prospective Study. *Am J Hosp Palliat Med.* 2012;29(3):195–200.
 33. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. *J Clin Oncol.* 2012;30(12):1378–83.

34. Leheup BF, Piot E, Ducrocq X, Wary B. Théorie du double effet et sédation pour détresse en phase terminale : Réflexion autour de la survie des patients sédatisés. *Press Medicale*. 2012;41(10):927–32.
35. Barathi B, Chandra P. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? - A Systematic Review. *Indian J Palliat Care*. 2013;19(1):40–7.
36. Taboada P. Sedación paliativa (parte II). cuestiones éticas y principios morales. *Acta Bioeth*. 2014;20(2):225–35.
37. Maltoni M, Scarpi E, Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. *Curr Opin Oncol*. 2014;26(4):389–94.
38. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Food and fluid intake and palliative sedation in palliative care units: A longitudinal prospective study. *Prog Palliat Care*. 2014;22(1):1–8.
39. Ten Have H, Welie JVM. Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):123–36.
40. Beller EM, Van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;(1). Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%7B&%7Ddb=ccm%7B&%7DAN=107769149%7B&%7Dsite=ehost-live%7B&%7Dscope=site>
41. Gu X, Cheng W, Chen M, Liu M, Zhang Z. Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China Cancer palliative care. *BMC Palliat Care*. 2015;14(1).

8. ANEXOS

ANEXO I.

Tabla 10: Resumen selección de artículos de la búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Nº de documentos encontrados	Nº de documentos duplicados	Nº de documentos revisados (título y resumen)	Nº de documentos revisados completos	Eliminados tras valoración	Muestra final
PUBMED	(Palliative sedation[tia b]) AND terminally-ill[mj:noexp] AND (mortality[mj:noexp] OR death[tiab])	15	0	10	5	2	3
CUIDEN PLUS	((“sedación paliativa”) OR (“sedación terminal”)) AND((“mort*”)OR(“muerte”))	6	0	3	3	1	2
COCHRANE	((“SEDACION PALIATIVA”) OR (“SEDACION TERMINAL”)) AND ((MORT*)	1	0	1	0	0	0

	OR (MUERTE))						
CINAHL	(Palliative sedation OR terminal sedation) AND MJ terminally- ill AND (mortality OR death)	13	4	5	4	0	4
LILACS	Sedación paliativa OR terminal AND mor\$	13	0	8	5	1	4
SCOPUS	(TITLE- ABS-KEY ((palliative sedation OR terminal sedation)) AND TITLE- ABS-KEY (terminally- ill) AND TITLE- ABS-KEY ((mortality	158	13	121	24	8	16

Efecto de la sedación paliativa sobre la supervivencia de los pacientes terminales

	OR death)))						
PSYCINFO	Ab(Palliati ve sedation OR terminal sedation) AND mjsub(term inally-ill) AND ab((mortalit y OR death))	34	20	10	4	3	1
CSIC	Sedacion paliativa O terminal Y mort*	4	0	4	0	0	0
BÚSQUEDA INVERSA		9	0	0	9	3	6

Fuente: Elaboración propia.