



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/031d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>Sedación paliativa y marco social desde la perspectiva enfermera</b>
<i>Autores</i>	Virginia Meneses Campos, M <sup>a</sup> Teresa Meneses Jiménez, María José Campos San Segundo, Ana María Moreno Rodríguez
<i>Centro/institución</i>	Residencia de Ancianos Félix de las Cuevas
<i>Ciudad/país</i>	Potes (Cantabria), España
<i>Dirección e-mail</i>	utopia_591@yahoo.es

## RESUMEN

*Introducción:* Actualmente, nos encontramos en un mundo claramente envejecido, aquejado de diversidad enfermedades, muchas de ellas irreversibles y dolorosas. La profesión de enfermería nació con el fin de cuidar, y cuidar es acompañar desde el inicio hasta el fin de la vida. Nos proponemos conocer el concepto de sedación paliativa como una técnica que nos ayudaría a disminuir el dolor y agonía que preceden a la muerte desde el punto de vista bioético de la enfermería.

*Metodología:* Revisión bibliográfica disponible en bases de datos electrónicas así como otros recursos científicos disponibles durante la primavera de 2013.

*Resultados:* Para la aplicación de esta técnica se siguen una serie de pautas y se aplican tablas que miden el nivel de consciencia del paciente y el nivel de sedación para garantizar un estado de consciencia en el que no se produzca sufrimiento. Todas estas técnicas, debido a la controversia que han originado, y más aún en los últimos tiempos, están reguladas legalmente, aunque no existe una legislación propiamente dicha que se centre en el tema de la sedación paliativa.

*Conclusiones:* En el mundo actual, y dado el ritmo de crecimiento y envejecimiento de la población, una normativa legal que regulara esta práctica sería más que necesaria, y ya son diversos sectores del mundo sanitario los que han alzado sus voces para reclamar un marco legal al respecto. La enfermería dispone de un modelo ético que regula nuestra profesión y que debe ser aplicado a esta práctica, con el fin de proteger al paciente.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

Los cambios demográficos originados en nuestro país en las últimas décadas han afectado con profundidad los cuidados enfermeros. Siendo principalmente el envejecimiento de la población, responsable de un incremento de la incidencia y prevalencia de enfermedades debilitantes progresivas, y dentro de éstas, las enfermedades neurodegenerativas y las neoplasias ocupan un puesto destacado en cuanto a su elevada prevalencia y su alta morbilidad, responsables de situaciones asociadas a un alto sufrimiento en el paciente y en sus familiares. Esta situación se verifica especialmente en la fase terminal de estas enfermedades, de igual forma a lo que acontece en otras de etiología y afección diversa.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos según la cual podemos definirlos como el “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”.<sup>2</sup>

Los cuidados paliativos intentan dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los enfermos que se encuentran en una fase avanzada y terminal de su proceso de salud, así como a sus familiares. Tiene como objetivos atender el dolor, síntomas físicos y espirituales y llevar a cabo los efectos prácticos que estos cuidados requieran; deben mantener al paciente y a los familiares informados, favoreciendo la comunicación y el apoyo emocional mediante la escucha al paciente y sus familiares y permitiendo que este colabore en la toma de decisiones.<sup>3</sup>

Como situación terminal entendemos aquella en la que “existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación”.<sup>4</sup>

El término de cuidados paliativos hace referencia a toda una filosofía de calidad y atención humanista a los pacientes y familiares, y son necesarias unas firmes bases investigadoras, docentes y organizativas. La enfermería basa sus actuaciones en el principio de que “cuando a un paciente no se le puede curar, siempre se le puede aliviar el sufrimiento. Es en este punto de alivio del sufrimiento donde podemos incluir la labor llevada a cabo con los cuidados paliativos. Llegados al punto en el que es imposible que el paciente promueva en su estado de salud, la enfermería tiene como misión encargarse de que el paso de la vida a la muerte sea de un modo tranquilo e indoloro. Para garantizar esta ausencia de dolor, entre varias técnicas, vamos a centrarnos en la sedación en los cuidados paliativos. Es por eso, que actualmente contamos con diversas técnicas, entre las que se encuentra la sedación, utilizada en casos extremos y no exenta de polémica.

Se entiende como sedación paliativa como la administración de fármacos, según dosis requeridas, con el fin de reducir la consciencia del paciente con enfermedad avanzada o terminal, así como sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Un síntoma refractario, según el Comité de Ética de la SECPAL se trata de “un síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente”.

Para la aplicación de la sedación paliativa debe seguirse un protocolo y disponer del conocimiento, habilidades técnicas y actitudes éticas necesarias. Debemos tener claro que la sedación paliativa NO es una técnica de eutanasia encubierta, ya que ni los objetivos, procedimientos, resultados e indicaciones así como las actitudes éticas son similares.

### *Objetivos*

#### *Objetivo Principal*

Conocer la sedación paliativa como técnica de sedación paliativa de alivio de síntomas sin curar la enfermedad subyacente.

#### *Objetivos secundarios*

- Describir los fármacos específicos.
- Describir la valoración necesaria en su administración.
- Presentar la sedación paliativa desde el punto de vista ético.

### **Material y métodos**

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el periodo de febrero de 2013 a abril 2013. Para comenzar el trabajo de revisión que a continuación se muestra se ha realizado una búsqueda en las bases de datos: Medline®, Pubmed, Google Académico®, y SciELO.

Se emplearon otros recursos disponibles en internet de búsqueda de información como guías de práctica clínica, página de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), PanAmerican Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO); Boletín Oficial del Estado (BOE).

Los descriptores utilizados en inglés y español fueron “Hospice Care”/“Cuidados Paliativos al Final de la Vida” con 4748 resultados, y “Sedation”/ “Sedación” tenía 6769 resultados. Por esto se aplicaron límites:

- Fecha de publicación (publicados en la última década);
- Edad de la población objeto del estudio “All adult: 19+ years“, excluyendo así estudios sobre pacientes pediátricos.

Las palabras clave empleadas fueron:

*-sedación paliativa*

- sedación terminal
- bioética
- cuidados paliativos
- eutanasia

Los artículos se identificaron inicialmente en función del título y del resumen. Una vez seleccionados, se obtuvieron trabajos adicionales a través de las referencias bibliográficas de los artículos elegidos.

## **RESULTADOS**

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de Google Académico® utilizando el descriptor en inglés/español “sedación paliativa/ palliative sedation” obteniendo 43 resultados, siendo la mayoría artículos originales.

En la base de datos Medline®, para el mismo descriptor se obtienen 770 resultados, por lo que se aplicaron límites:

- Fecha de publicación (en los últimos cinco años)
- Tipo de artículo (Revisión bibliográfica y Estudios comparativos)

### *Sedación paliativa frente a eutanasia*

Los cuidados al final de la vida deben basarse, fundamentalmente en la disminución en todo lo posible del sufrimiento del paciente. Un aspecto de máxima importancia es que el individuo continúe manteniendo su capacidad para comprender su situación, evolución y consecuencias. Considera imprescindible el mantenimiento de sus facultades mentales y voluntad para poder manifestarla. También podría darse la situación de coma del paciente, y en caso de no encontrarse con un documento de voluntades previas, las decisiones corresponderían a terceros (familiares, personas próximas, profesionales médicos o la autoridad judicial).

El objetivo de los cuidados paliativos y en última instancia de la sedación es preservar una calidad de vida óptima dentro de las posibilidades médicas de cada paciente. Muchas veces, debido a una falta de comprensión de lo anterior, se llega a una situación de encarnizamiento terapéutico, causando con ello un gran sufrimiento de la familia y el paciente, y una actitud de rechazo por parte de la sociedad. Por esta razón son muchas las opiniones que recientemente se han alzado en contra o favor de la sedación terminal y la eutanasia.<sup>5</sup>

Antes de continuar con el tema, dejaremos clara la diferencia entre ambas. Eutanasia, según la OMS queda definida como “la acción médica de provocar la muerte del paciente”. Una definición más completa podría ser la siguiente: “Es todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de este con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de la vida”.<sup>6,7</sup>

Por tanto, sería necesario que el paciente padeciera una enfermedad incurable o terminal y se debe contar con el consentimiento expreso del paciente. Encontramos varios tipos de eutanasia, según se lleven o no a cabo acciones que provoquen la muerte del paciente. Diferenciaremos entre:

-Eutanasia pasiva que consiste en la no implantación o la supresión de procedimientos técnico-médicos tendentes a prolongar artificialmente la vida de una persona que padece una enfermedad incurable y se encuentra en fase terminal o vegetativa.

-Eutanasia indirecta: Administración de medicamentos o aplicación de técnicas a una persona que padece una enfermedad incurable y soporta una situación insufrible y dolorosa, con el fin principal de mitigar sus padecimientos y cuando ello entraña como efecto secundario e ineludible un acortamiento de su vida y aceleración de su muerte.

-Eutanasia activa: Ejecución directa de la muerte de una persona, a petición de esta, cuando ella misma no puede, materialmente hablando, causársela por hallarse en un estado de postración o de inmovilidad absoluta.

-Eutanasia genuina: En aquellas situación extremas de vida, gravemente dañada por la enfermedad, en las que se administran al paciente sustancias o se le aplican técnicas médicas o psicológicas tendentes a paliar la presencia de dolores o angustia y sin que ello suponga anticipación alguna de la extinción vital del mismo.

### *Revisión sobre la legislación española en materia de sedación paliativa*

El debate actual circunscribe estas actuaciones a la práctica de los profesionales sanitarios, no de los cuidados que aplicamos en general. Es decir, el debate se centra sobre todo en si puede o no llegar a formar parte de las atribuciones profesionales de los sanitarios realizar o no este tipo de actuaciones, que buscan el alivio del sufrimiento mediante la producción de la muerte. Cuando, en este contexto, la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios materiales y/o intelectuales para que sea él quien se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido o suicidio asistido sin más. Cuando quien realiza esto no es un profesional, es mejor hablar de auxilio o ayuda al suicidio.<sup>8</sup>

Según la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica cualquier actuación que tenga lugar en el ámbito de la actuación sanitaria precisa del consentimiento informado por parte del paciente. Por tanto, a la hora de la toma de decisión sobre el inicio del proceso de sedación, el paciente debe ser informado de todas sus opciones, y debe estar en plenas capacidades para decidir libremente sobre ellas. El consentimiento de un enfermo competente suele ser suficiente cuando es expresado verbalmente, quedando constancia siempre del mismo en la historia clínica del paciente. En caso de que el paciente no pudiera manifestar su consentimiento (enfermo incompetente), y no hubiera dejado constancia escrita de sus deseos, el consentimiento debe ser obtenido de sus familiares o representantes legales, basándonos en su conocimiento previo de los valores del paciente. También pudiera darse la situación en la que el paciente se acoja al “privilegio terapéutico” que consiste en el deseo expreso del paciente de no ser informado o el convencimiento total o casi total de que la información supone un mayor perjuicio para el paciente. En este caso, recurriremos al consentimiento por parte de familia o representante legal.<sup>9,10</sup>

Con anterioridad a esta Ley varias Comunidades Autónomas han regulado materias de la misma, promulgando diversas normas. Ha de tenerse en cuenta que, dado el carácter de legislación básica que tiene la LAP, las disposiciones autonómicas que pudieran contradecir sus preceptos habrán de entenderse sin efecto desde la entrada en vigor de

aquella. Por otro lado, constituye una obligación de las Comunidades Autónomas el desarrollo y ejecución de gran parte de sus preceptos.<sup>11</sup> [*Anexo I*]

La reciente reforma jurídica de varios estatutos de autonomía ha incluido como derecho específicamente reconocido el «derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte». En España, en este momento, existe acuerdo unánime de que el primer y principal contenido de este derecho consiste en poner a disposición de los pacientes en situación terminal una red adecuada de cuidados paliativos. Ésta es la prioridad política, tal y como reiteradamente han señalado tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como todos las comunidades autónomas. Otra prioridad manifestada es el impulso de las Voluntades Anticipadas, para reforzar ética y jurídicamente las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en caso de incapacidad del paciente. La aprobación del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de Instrucciones Previas, que pondrá en comunicación todos los registros autonómicos, es sin duda expresión de esta apuesta por la implantación de las Voluntades Anticipadas.<sup>12,13</sup>

El mismo acuerdo parece haberse logrado respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación paliativa. Ninguna de estas actuaciones es etiquetable como eutanasia, ni incurren en el delito tipificado por el artículo 143 del Código Penal. Otra cosa son los problemas morales particulares de objeción de conciencia que puedan presentar algunos profesionales a este respecto, y que deberán resolverse en cada momento garantizando, en cualquier caso, que se respetan al mismo tiempo los derechos de los pacientes afectados.<sup>14</sup>

En la actualidad, no existe en España ninguna legislación vigente que trate el tema específico de los cuidados paliativos, así como de la sedación en la fase terminal de la vida. De hecho, no sería de extrañar que en los próximos años el debate en torno a esta cuestión alcance una dimensión más europea, dado que otros países de nuestro entorno, como Francia, Italia o Reino Unido, también están sumidos en el mismo debate por casos que se dan cada día.<sup>15</sup>

### *Ética enfermera y sedación paliativa al final de la vida*

En torno al paciente terminal se centra buena parte de los problemas éticos más importantes con los que debe enfrentarse la enfermera. En el plano de la salud estamos formados, como profesionales, en establecer la tríada fundamental de acercamiento a una persona doliente: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Para cumplir con estos propósitos hay numerosa bibliografía a nuestra disposición, maestros en la formación profesional, protocolos de actuación, pruebas diagnósticas, experiencia profesional e interconsulta posible. Cuando el diagnóstico de una patología es grave con destino final incierto, cuando los tratamientos son limitados o no existen, la enfermera que administra la sedación a estos pacientes terminales, debe asumir que muchas veces es imposible obtener respuestas y estas siempre deben ser individualizadas para cada paciente y para cada situación.

La bioética es una disciplina que, en ocasiones se caracteriza por generar más dudas o preguntas que soluciones o respuestas ante cualquier cuestión o dilema que se plantee. Siendo la sedación paliativa es un claro ejemplo de ello. La sedación ante el sufrimiento

intenso que no responde al tratamiento convencional en el paciente en situación de enfermedad Terminal es una medida habitual en la práctica de los cuidados paliativos que plantea importantes conflictos bioéticos.<sup>17</sup>

### *Principio de Autonomía*

Respecto al consentimiento, no debe entenderse por tal el consentimiento informado por escrito. En el contexto de Cuidados Paliativos, no sólo es difícil de obtener, sino poco sensible, inoportuno e incluso nocivo. El consentimiento verbal debe considerarse suficiente, pero se considera imprescindible que quede registrado en la historia clínica. En un estudio, cerca del 50% de los pacientes fueron capaces de participar en el proceso de toma de decisiones, a pesar que la media de supervivencia de la muestra fue de 2,5 días.<sup>18</sup>

La realidad nos impone que de forma realista no es posible esperar la participación de todos los pacientes, pero ello no significa que ningún paciente pueda dar su consentimiento. Cuando es imposible obtener el consentimiento del paciente, el consentimiento de la familia debería ser obtenido y éste debería basarse en el conocimiento de los valores del paciente. El consentimiento se considera válido si tras recibir información honesta respecto al contexto clínico actual el paciente, éste es capaz de entender su relevancia y consecuencias (disminución del nivel conciencia). El equipo debe respetar el rechazo del paciente, aceptándose el consentimiento delegado o tácito. Si el paciente es incompetente la familia debería tomar la decisión en su lugar (juicio sustitutivo).

### *Principio de No maleficencia*

La sedación paliativa no es eutanasia, pues ella no pretende la muerte biológica del paciente, sino la disminución de la conciencia hasta unos niveles determinados. Para ilustrar dicho argumento nos puede ayudar el anexo III de Barbero y Camell. Un escrupuloso respeto de las indicaciones y protocolos de sedación y de la autonomía podrá justificar esta práctica como lo que realmente debe ser, un “mal menor”, asumido desde una ética de la responsabilidad, cuando el resto de las posibilidades de intervención no han dado resultado.<sup>19</sup>

### *Principio de Beneficencia*

En este apartado tenemos que profundizar en nuestras creencias y valores, para poder corresponder adecuadamente a las demandas de los pacientes. Como principio básico podemos estar de acuerdo en la tolerancia cero al sufrimiento, al sufrimiento que el paciente no está dispuesto a asumir y a tolerar. Es importante aunque los sistemas sanitarios no lo permitan el diálogo continuo y profundo entre el profesional, paciente y familia. Evaluar su cultura sus valores tomar la decisión adecuada en el momento adecuado.<sup>20</sup> Hechos y valores no son antagónicos sino complementarios, siguiendo el razonamiento anterior, la prescripción de la Sedación Paliativa tiene unas consideraciones clínicas para su uso adecuado: a) la existencia de un síntoma refractario, b) el objetivo de reducir el distrés o sufrimiento, c) la reducción del nivel de conciencia proporcionado a la necesidad de alivio del distrés o sufrimiento, d) el consentimiento; y cuando sea el caso de la Sedación en la Agonía, e) la expectativa de

vida sea de pocos días u horas. Todos los puntos anteriores deben tenerse en cuenta y registrarse con detalle en la historia del paciente.<sup>6,21</sup> [*Anexo II*]

### *Principio de Justicia*

Los cuidados paliativos deben ser considerados como un servicio sanitario básico y necesario, nunca accesorio, al que se tenga derecho en una sanidad pública y universal como la nuestra. El principio de justicia no se aplica en su totalidad debido a que, en nuestro ámbito, los programas de Cuidados Paliativos, que hoy por hoy constituyen la mejor y más eficaz forma de atención a estos enfermos, sólo prestan su cobertura en determinadas áreas sanitarias y a un pequeño porcentaje de la población que podría beneficiarse de ellos. No toda la población se puede beneficiar de estos programas a pesar de ser necesidades básicas para un gran número de personas y no requerir su implantación enormes recursos económicos.<sup>22</sup>

### **Conclusiones**

Como hemos referido en varias ocasiones la técnica de sedación paliativa tiene como fin aliviar el sufrimiento de los pacientes con enfermedad terminal y que se encuentran en una situación irreversible. La profesión de enfermería es aquella que está presente, acompañando, desde el inicio de la vida hasta los últimos días, y es en estos en los que los cuidados y la sensibilidad que se ha de demostrar dejarán en claro los grandes profesionales que somos, tanto técnica como humanamente.

A lo largo del presente trabajo hemos querido aclarar ciertas premisas tanto médicas como éticas y legales. La sedación paliativa debe ser una decisión meditada y estudiada con el paciente, explicándole los pros y contras para que él, dentro de sus capacidades pueda elegir libremente, como marca el marco legislativo. Tanto pacientes como familiares estarán seguros de que el paciente sedado seguirá recibiendo los mismos cuidados que un paciente que se encuentra en cualquier otra situación.

### **Bibliografía**

1. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, et al. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Atención Primaria. 2001; 27(2):123-126
2. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra. Technical Report Series. 804; 1990.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2006.
4. Nabal M, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (I): el valor de la impresión clínica. Med Pal. 2002; 9(1):10-12.
5. 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.
6. Organización Panamericana de Salud. Bioética: Temas y perspectivas. Publicación científica N° 527-OPS; 1990. p. 3-49.
7. Comité de Ética de la SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Pal. 2002; (9):37-40.

8. Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. *Med. Intensiva*. 2008 Dic; 32(9):444-451.
9. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE, (15/11/2002).
10. Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. BOE, (10/11/2005).
11. Sánchez-Caro J. La ley de autonomía del paciente y su repercusión en la Comunidades Autónomas. *Rev Adm Sanit*. 2003; 1(2):189-202.
12. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE, núm. 40 (15 de febrero de 2007). p. 6591-6593.
13. Domínguez Luelmo A. La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario: el documento de instrucciones previas. En: Gómez Tomillo M (ed.). Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia. Fundación Lilly; 2008.
14. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 281, (24 de noviembre de 1995). p. 30005.
15. Barrios Flores LF. La sedación terminal. *Derecho Sanitario*. 2005; 13:157-85.
16. Council of Europe. Steering Committee on Bioethics. Replies for the questionnaire for member states relating to euthanasia. Strasbourg, 20 January 2003 Disponible en: [http://www.coe.int/t/e/legal\\_affairs/legal\\_cooperation/bioethics/activities/euthanasia/INF\(2003\)8e\\_replies\\_euthanasia.pdf](http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/bioethics/activities/euthanasia/INF(2003)8e_replies_euthanasia.pdf) [Citado el 5 de Marzo de 2013].
17. Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos éticos. *An Med Interna*. 2003; 20:645-9.
18. Porta Sales J, Català-Ylla Boré E, Estíbalez Gil A, et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre sedación terminal en Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)*. 1999; 6:153-8.
19. Barbero J. La ética del cuidado. En: Gafo J, Amor JR (ed). Deficiencia mental y final de la vida. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1999. p. 125-159.
20. Randall F, Downie RS. Palliative Care Ethics: A Good Companion 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1999.
21. 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.
22. Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2002 (9):41-46.