

## **Máster Universitario en Cuidados Paliativos**

Curso académico 2016/17

### **Trabajo Fin de Máster**

# **Problemas bioéticos en profesionales sanitarios con la eutanasia, la sedación paliativa y el suicidio asistido**

Revisión Sistemática

Alumno: Sandra Moreno Cereza

Tutor: Dr. Vítor Fernandes

Julio 2017

## Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a Vítor, mi tutor, por la comprensión y la confianza que depositó en mí y por la ayuda que me ha prestado durante estos meses.

**AUTORIZACION PARA LA DEFENSA DEL TFM ANTE TRIBUNAL**

*(Aprobado por la Comisión de Investigación con fecha 11 de Septiembre de 2014)*

(Modelo CINV-20)

Dr. Don Vítor Fernandes, Tutor de TFM de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia “San Juan de Dios”,

**AUTORIZA LA DEFENSA** del TFM elaborado por Doña **SANDRA MORENO CEREZA**

**TITULADO: PROBLEMAS BIOÉTICOS EN PROFESIONALES SANITARIOS CON LA EUTANASIA, LA SEDACIÓN PALIATIVA Y EL SUICIDIO ASISTIDO.**

Ciempozuelos, 26 de Junio de 2017



(Vítor Fernandes)

## Índice

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción .....	8
Sedación paliativa, eutanasia y suicidio asistido .....	8
Contextualización legal con respecto a la SP, la eutanasia y el SA.....	10
Consideraciones y actitudes éticas.....	10
Justificación del tema .....	12
Objetivos.....	13
Pregunta de revisión .....	14
Criterios de inclusión de estudios .....	15
Metodología.....	16
Cronograma.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	25
Conclusiones.....	30
Fortalezas y limitaciones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos.....	40
Anexo 1: Estrategia de búsqueda.....	41
Anexo 2: Programa de lectura crítica CASPe.....	42
Anexo 3: Tabla de extracción de datos.....	44

## Índice de abreviaturas

Sedación paliativa: SP

Asociación Europea de Cuidados Paliativos: AECP

Suicidio asistido: SA

Revisión sistemática: RS

Cuidado Paliativo: CP

## Resumen

Antecedentes: Desde la antigüedad se debate sobre qué tipo de cuidados deben prestar los profesionales sanitarios al paciente terminal. En la actualidad, el debate se mantiene vivo por abordar temas tan delicados como la moralidad y la ética profesional. Desde el punto de vista ético se deben respetar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; preservar estos principios básicos debe ser la prioridad del proveedor de cuidados.

Objetivo: Describir los problemas bioéticos de profesionales sanitarios sobre sedación paliativa, suicidio asistido y eutanasia en su práctica diaria con pacientes terminales.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura donde se incluyeron estudios primarios cualitativos. Las bases de datos electrónicas consultadas fueron: Pubmed (MEDLINE), Cinhal, PysicInfo, CUIDENplus (Nursing of the Index Foundation database), Science Direct, Scielo. Se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años que incluían problemas bioéticos de profesionales sanitarios (médicos o enfermeros) relacionados con el paciente terminal, en castellano e inglés.

Resultados: Identifican como principales preocupaciones determinar el pronóstico de vida del enfermo y ser capaces de soportar la carga emocional que les supone hacer frente a este tipo de prácticas. La mayoría se muestran indecisos e incapaces de tratar el sufrimiento existencial. La sedación paliativa es considerada para muchos profesionales como una alternativa a la eutanasia. La intención es la principal diferencia que perciben entre sedación paliativa y muerte asistida por un médico.

Conclusiones: Un entorno de apertura hacia la sedación paliativa, el suicidio asistido y la eutanasia podría estimular a los profesionales sanitarios a expresar sus sentimientos favoreciendo una disminución de la carga emocional que les supone este tipo de intervenciones. La existencia de leyes que regulen estas prácticas de fin de vida favorece la comunicación entre los profesionales sanitarios, el paciente y la familia.

Palabras clave: bioética, eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa.

## Abstract

Background: Since olden times, there is an important debate related to the type of care to be provided by health professionals to patients in their terminal phase. Nowadays, debate remains active due to delicate issues such as morality and professional ethic. From an ethical point of view, principles of autonomy, beneficence, no maleficence and justice must be respected; Preserve those basic principles must be a priority for any care provider.

Objective: To describe bioethical issues faced by health professionals and related with palliative sedation, assisted suicide and euthanasia in their daily practices with terminal patients.

Methods: It has been carried out a systematic review of the literature, where primary qualitative studies were selected to be included. The search was made in the following databases: Pubmed (MEDLINE), Cinhal, PysicInfo, CUIDENplus (Nursing of the Index Foundation database), Science Direct, Scielo. It has been included those articles published in the last ten years and with the focus on bioethics problems faced by health professionals (doctors and nurses) related to terminal patients both in English and Spanish.

Results: It is identified as main worries the capability to determine patient's life prognosis as well as being able to stand the emotional charge associated with these types of practices. Most of them seems to be indecisive and unable to treat existential suffering. Palliative sedation is considered for many professionals as an alternative of euthanasia. The *intention* is the main difference perceived by a doctor between palliative sedation and assisted suicide.

Conclusions: Opening to palliative sedation, assisted suicide and euthanasia could encourage health professionals to express their feelings which favor a reduction of the emotional charge related with these interventions. The existence of laws aims to regulate these end of life practices, promotes communication among health professionals, patient and family.

Key words: bioethics, euthanasia, assisted suicide, palliative sedation.

## Introducción

En nuestro país y en otros muchos, en los últimos veinte años han tenido lugar intensos debates sobre la manera de tratar a personas con enfermedad terminal o procesos degenerativos irreversibles que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase final de su enfermedad. Estas situaciones han sido el centro de acalorados debates públicos y han puesto sobre la mesa las desavenencias existentes entre los deseos del paciente y las disposiciones legales y sanitarias.<sup>1</sup>

## Sedación paliativa, eutanasia y suicidio asistido

La sedación paliativa (SP) es el uso controlado de fármacos destinados a inducir un estado de disminución de la conciencia con el fin de aliviar la carga de sufrimiento de otro modo intratable, de una manera éticamente aceptable para el paciente, la familia y los miembros del equipo sanitario.<sup>2</sup> Esta práctica es controvertida, ya que en ciertos aspectos, la conciencia puede ser vista como una característica definitoria de estar vivo,<sup>3</sup> además un paciente inconsciente no puede beber, por lo que se puede argumentar que puede morir antes de deshidratación que de su enfermedad de base.<sup>4</sup>

Es una práctica excepcional y necesaria en la atención al final de la vida, la intención, el procedimiento y el resultado la distinguen de la eutanasia.<sup>5,6</sup> Las guías para la práctica europea recomiendan que la utilización de la sedación continua hasta la muerte para síntomas refractarios debe producirse solamente cuando la enfermedad del paciente sea irreversible y avanzada, con la muerte prevista en horas o días y no debe existir intención primaria de apresurarla.<sup>5</sup> Sin embargo, los estudios advierten que la práctica clínica varía a través de diferentes dimensiones, si el sufrimiento es advertido como físico o emocional, tipos de fármacos utilizados,<sup>7</sup> la proporcionalidad,<sup>8</sup> la angustia de la familia por el sufrimiento del paciente,<sup>9,10</sup> los valores personales,<sup>11-13</sup> perspectivas éticas<sup>14,15</sup> o religiosas de los clínicos.<sup>16</sup>

De forma excepcional, cuando se acerca el fin de la vida, la SP puede ser utilizada para síntomas no físicos severos tales como la angustia existencial o la depresión refractaria, aunque no existe un consenso entre los profesionales sobre la actitud idónea a seguir



ante este tipo de situaciones.<sup>17,18</sup> Se plantea el debate de si es ético sedar a un paciente con angustia existencial refractaria a intervenciones psicosociales.<sup>14</sup> Las bases éticas de la SP son los principios de autonomía, proporcionalidad y doble efecto.<sup>19,20</sup> Algunos autores la consideran como una práctica aceptable pero excepcional para el sufrimiento existencial refractario atendiendo al principio de proporcionalidad y autonomía;<sup>17</sup> otros sostienen que el principio del doble efecto no justificaría la sedación en estos casos, ya que la intensidad del sufrimiento emocional no siempre está relacionada con que la muerte del paciente sea próxima.<sup>17,19,20</sup>

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (AACP) ha emitido una declaración ética en la que distingue la SP de la eutanasia,<sup>6</sup> a pesar de lo cual varios estudios afirman que las percepciones de los proveedores de cuidados que ejercen en países donde la eutanasia es legal, consideran la SP como una opción alternativa a la eutanasia.<sup>21,22</sup> Esta última se define como un acto, emprendido por un tercero (el médico), que intencionalmente termina con la vida de una persona (mediante la administración de fármacos) a petición suya.<sup>23</sup> Casi la mitad de los médicos generales que participaron en un estudio en los Países Bajos describió que se esfuerzan por evitar la eutanasia o el suicidio asistido (SA) porque el acto está en contra de sus propios valores personales o porque era una carga emocional ser confrontado con esta cuestión.<sup>24</sup> Los enfermeros suelen ser los primeros cuidadores que reciben una solicitud de eutanasia,<sup>25</sup> están íntimamente involucrados en el proceso de cuidado, de control de síntomas, así como en el apoyo emocional.<sup>26,27</sup> Las enfermeras entrevistadas en Flandes manifestaron sentimientos de ambivalencia con respecto a la práctica de la eutanasia porque aunque es una muerte cómoda que ocurre con dignidad y respeto por el paciente, es una muerte no natural.<sup>28</sup>

Los defensores de la legalización de la eutanasia afirman que la medida aumentaría la autonomía tanto a nivel individual, como para la sociedad en general, disminuyendo el sufrimiento; existen otros argumentos que describen que el padecimiento a nivel social sería mayor, ya que el enfermo sentiría que es una carga para sus seres queridos y para la sociedad en general.<sup>29,30</sup>

El SA es aquel en el que el médico proporciona los fármacos para que el paciente termine con su vida; a diferencia de la eutanasia es el paciente el que ejecuta la acción.<sup>31</sup> En 2004 la Academia suiza de ciencias médicas publicó que la petición puede ser considerada por el médico si cumple varios criterios: “la solicitud es expresada en los

días o semanas de final de vida, es competente y el deseo es bien considerado y no debido a la presión externa, y los medios alternativos de asistencia han sido discutidos”.<sup>32</sup>

## **Contextualización legal con respecto a la SP, la eutanasia y el SA**

A pesar de la supremacía de la autonomía como principio ético, existen leyes que la limitan dentro del contexto de cuidados de fin de vida, produciéndose una desconexión entre este principio y su aplicación en nuestra sociedad.<sup>15</sup>

La existencia de leyes que permiten prácticas como la eutanasia o el SA influyen sobre los dilemas que se les plantean a los profesionales sanitarios.<sup>21</sup> Parece probable que la legalización de la eutanasia pueda influir tanto en las prácticas de cuidado como en las percepciones de lo que es importante en los debates éticos sobre la sedación.<sup>33</sup> Hablar del SA puede dar al paciente la sensación de recuperar el control de su vida y de esta forma reducir el estrés.<sup>34</sup>

Actualmente, el SA está despenalizado en cuatro países de Europa occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; dos países de América del Norte: Canadá y Estados Unidos, en el estado de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California,<sup>35</sup> y un país de América del Sur: Colombia.<sup>36</sup> La eutanasia es legal en Países Bajos, Bélgica,<sup>22</sup> Luxemburgo y Canadá.<sup>35</sup>

El hecho de que la eutanasia esté legalizada hace posible hablar libre y honestamente sobre la solicitud del paciente, discutiendo las diferentes posibilidades dentro del equipo de cuidados y dentro del marco legal del país.<sup>28,37</sup> El proceso de la eutanasia ocurre a menudo como una conversación continua, un intercambio entre profesionales, paciente y familia, y no simplemente con un acto que termina con la vida.<sup>38</sup>

## **Consideraciones y actitudes éticas**

En este contexto, es necesario discutir temas relacionados con la bioética en relación a las prácticas de cuidado al final de la vida.<sup>39</sup> El término bioética deriva del griego “bios” vida y “ethos” comportamiento o costumbre, fue utilizado por primera vez en 1971 en el

libro del oncólogo americano Van Potter titulado *Bioethics: a bridge to the future*, donde la definió como “la disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos”,<sup>40</sup> en lo que se refiere a su relación con la medicina, la bioética pretende encontrar soluciones individualizadas cuando surge un conflicto moral. El vocablo “problema” proviene del griego *pn~bleina~* derivado de *pro~bdllo*, arrojar hacia delante. El problema está siempre delante de nosotros, exigiéndonos respuesta. La solución no está presente desde el principio, por lo que la cuestión no es la elección entre varias posibles respuestas, sino la búsqueda de una respuesta propia y adecuada.<sup>41</sup>

La asistencia sanitaria ha cambiado, del tradicional rol paternalista en el que el paciente ejercía un rol pasivo ante las indicaciones del médico a un papel más protagonista en el que el paciente se erige como el eje alrededor del cual gira todo el proceso de su enfermedad siendo a su vez partícipe de él.<sup>42</sup>

La ética principalista constituye la corriente más importante de la bioética actual. Nace en 1979 cuando Beauchamp y Childress publicaron *Principles of Biomedical Ethics*, basándose en los tres principios fundamentales para las investigaciones biomédicas reflejados en el Informe Belmont, y extendiendo estos principios a las decisiones clínicas.<sup>42</sup> Formula un modelo de reflexión sobre el que los profesionales sanitarios pueden apoyarse para elegir una decisión correcta ante un dilema ético.<sup>43</sup>

Los principios bioéticos que propusieron fueron: Beneficencia, los principios diagnósticos y los tratamientos terapéuticos que se apliquen al paciente deben beneficiarlo. No maleficencia, su origen está en el principio hipocrático *Primum non nocere* (no hacer daño), en la práctica clínica se basa en que los beneficios que obtenga el paciente con la aplicación de una intervención deben ser mayores a los riesgos que asuma con la misma. Justicia, la conciencia de que todos los individuos son similares en dignidad y derechos y la repartición justa y equitativa de los recursos sanitarios.<sup>43</sup> Autonomía, capacidad del enfermo de decidir, la figura más importante de este principio es la aparición del consentimiento informado, necesario para la realización de cualquier tipo de intervención.<sup>44</sup> En situaciones de fin de vida, varios factores pueden confundir las capacidades de los clínicos para determinar la capacidad del paciente de decidir, como el estado debilitado, los lapsos de conciencia o la ambivalencia hacia las decisiones relativas a su muerte.<sup>15</sup>

Diego García establece un orden en los principios: ética de mínimos, formada por el

principio de no maleficencia y justicia, obliga a los ciudadanos y deben estar asegurados por el estado y la ética de máximos, formada por el principio de beneficencia y el de autonomía, ambos versan sobre la relación entre el paciente y el profesional sanitario.<sup>45</sup>

Cuanto más aguda sea una enfermedad y su tratamiento sea más efectivo, menos interviene en la práctica el principio de autonomía y más el de beneficencia, cuanto más crónica sea una enfermedad y tenga peor manejo terapéutico, como ocurre en las enfermedades en situación terminal, más importancia cobra el principio de autonomía. Los dilemas surgen cuando hay conflicto entre los principios de un mismo nivel.<sup>43</sup>

## **Justificación del tema**

La toma de decisiones sobre el cuidado al final de la vida implica una complejidad de factores: identificar y luego tratar de actuar de acuerdo con los mejores intereses del paciente, dándole consuelo a ellos y a sus familiares, favoreciendo la autonomía cuando sea posible, equilibrando el deseo del paciente y de la familia con el potencial beneficio médico y siguiendo los principios éticos y legales que gobiernan los cuidados al final de la vida.<sup>46,31</sup>

El objetivo de esta revisión sistemática (RS) es describir los problemas bioéticos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) en el desarrollo de su labor con el paciente terminal, sobre cuestiones como la eutanasia, la SP y el SA para intentar aclarar la dificultad y la naturaleza multicultural de las trayectorias de discusiones y comportamientos que acontecen en los cuidados al final de la vida.

## Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo principal:

- Describir los problemas bioéticos de profesionales sanitarios sobre SP, SA y eutanasia en su práctica diaria con pacientes terminales.

Como objetivos específicos:

- Identificar si para los profesionales sanitarios la SP se percibe como una alternativa a la eutanasia cuando ésta ya no se puede practicar o cuando no es amparada por la ley.

- Determinar si la aplicación por parte del profesional sanitario de la SP produce más problemas éticos cuando el sufrimiento del paciente es de origen psicológico que cuando es de origen físico.

- Establecer si los dilemas bioéticos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en el ejercicio de su profesión están influenciados por la legislación vigente del país en el que ejercen.

- Describir las diferencias percibidas por los profesionales sanitarios entre SP y muerte asistida por un médico.

## Pregunta de revisión

¿Cuáles son los problemas bioéticos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en relación con la eutanasia, el suicidio asistido y la sedación paliativa?.

Participantes: profesionales sanitarios (médicos y enfermeros).

Fenómeno de interés: identificar problemas bioéticos en relación a la eutanasia, la SP y el SA.

Contexto: enfermo terminal.

## **Criterios de inclusión de estudios**

Se incluyeron en la RS estudios cualitativos primarios publicados entre enero de 2007 y marzo de 2017 en inglés o castellano.

Como población de estudio se tomó a médicos y enfermeras independientemente del medio donde desarrollaran su actividad laboral, que trabajaran con pacientes terminales, sin tener en cuenta su patología de origen.

Se incluyeron aquellos artículos que tratan sobre los problemas bioéticos que identifican los profesionales sanitarios en la SP, el SA y la eutanasia.

## Metodología

### Estrategia de búsqueda

Se recuperaron todos los estudios publicados en inglés y español publicados entre enero de 2007 y marzo 2017. Se desarrollaron estrategias de búsquedas individualizadas para cada base de datos (Anexo 1). La búsqueda bibliográfica se realizó entre el 5 y el 20 de marzo de 2017. Se utilizaron las siguientes palabras clave y sus términos [MesH] correspondientes: ethical issues, nurse, physicians, euthanasia, assisted suicide, deep sedation, health care providers, terminal care, bioethics. Para la base de datos consultadas en castellano, las palabras clave utilizadas fueron: bioética, eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos electrónicas: Pubmed (MEDLINE), Cinhal, PysicInfo, CUIDENplus (Nursing of the Index Foundation database), Science Direct, Scielo.

### Selección de estudios

- 1<sup>er</sup> filtrado: en la búsqueda primaria iniciada el 5 de marzo de 2017 se obtuvieron 1036 referencias excluyendo los artículos duplicados. Se realizó una selección por títulos, siendo rechazados 902 referencias porque no cumplían los criterios de inclusión anteriormente descritos. En este primer filtrado se obtuvieron 134 referencias.

- 2<sup>o</sup> filtrado: de estas 134 referencias se consultó el resumen para determinar si cumplían los criterios de inclusión, lo que llevó a desechar 107 artículos. Los motivos por los que fueron excluidos los artículos son los siguientes: la población no era profesionales sanitarios (7), el objeto de estudio no eran los problemas bioéticos de médicos y enfermeras (42), no se trataba de estudios cualitativos primarios (55).

- 3<sup>er</sup> filtrado: se accede al texto completo de los 27 artículos, teniendo de nuevo en cuenta los criterios de inclusión, se excluyen 15 artículos. Los motivos de exclusión son: estaban disponibles en un idioma diferente al inglés o al español (2), no eran estudios



cualitativos primarios (3), no abordaban el tema de interés (7), el objeto de estudio no era el paciente terminal (2), no registraba eventos de interés (1).

Finalmente quedaron seleccionados 12 artículos para la valoración crítica de la calidad metodológica. Cumpliendo los 12 artículos el mínimo establecido de calidad metodológica.

### **Evaluación crítica**

La herramienta de lectura crítica utilizada fue CASPe (Anexo 2),<sup>47</sup> instrumento oficial que evalúa la calidad a través de tres aspectos principales: el rigor, la credibilidad y la relevancia.

Todos los artículos de esta RS tuvieron respuesta afirmativa en las tres preguntas de eliminación; se establece como “calidad suficiente” aquellos que tienen 2 respuestas afirmativas en las preguntas detalle, “calidad moderada” aquellos que tienen 3 respuestas positivas en las preguntas detalle y “calidad alta” los estudios que obtienen 4 respuestas afirmativas en las preguntas detalle.

El punto de corte para obtener las unidades de análisis es de 2 respuestas afirmativas con el objetivo de incluir todos los artículos ya que se considera que sus resultados son relevantes para responder a los objetivos de esta RS.

### **Síntesis de datos**

Los estudios que finalmente conforman la RS exploran diferentes actitudes de los profesionales sanitarios ante determinadas situaciones de fin de vida (Anexo3), por lo que no ha sido posible realizar una síntesis de datos a través de un meta análisis.

Los resultados se muestran en forma de resumen narrativo organizados según el objetivo principal y los objetivos secundarios planteados anteriormente descritos.

## Cronograma

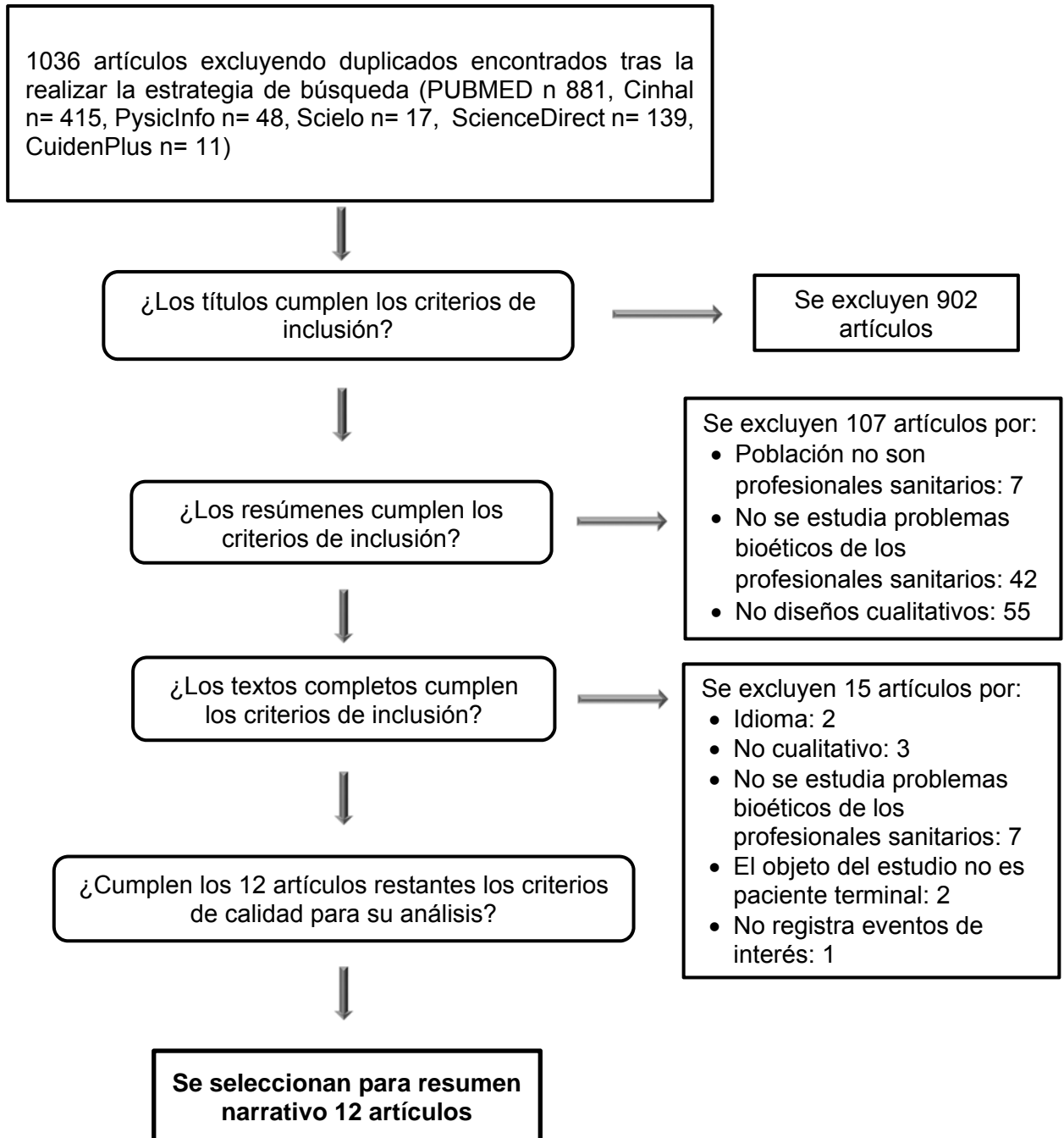
FASE CONCEPTUAL	PERIODO TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación y delimitación del problema</li> <li>• Revisión bibliográfica</li> <li>• Análisis de estudios similares</li> <li>• Creación del marco teórico</li> <li>• Formulación de objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Octubre 2016</li> <li>• Octubre/Noviembre 2016</li> <li>• Octubre/Noviembre 2016</li> <li>• Noviembre/Diciembre 2016</li> <li>• Diciembre 2016</li> </ul>

FASE METODOLÓGICA	PERIODO TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección del diseño de investigación</li> <li>• Estrategia de búsqueda</li> <li>• Selección de estudios</li> <li>• Selección herramientas de recogida y de análisis de datos</li> <li>• Evaluación crítica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diciembre 2016/Enero 2017</li> </ul>

FASE EMPÍRICA	PERIODO TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de datos</li> <li>• Análisis de datos</li> <li>• Interpretación de resultados</li> <li>• Difusión de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enero/Febrero 2017</li> <li>• Marzo/Abril 2017</li> <li>• Mayo/Junio 2017</li> <li>• Junio 2017</li> </ul>

## Resultados

### Diagrama de Flujo



## Problemas bioéticos de médicos y enfermeros cuando se enfrentan a SP, SA y eutanasia

Para muchas enfermeras la participación en la SP les sugiere reflexiones acerca de las condiciones en las que la práctica les es aceptable y proporciona una visión sobre cómo sienten que la SP afecta a la calidad del paciente de morir.<sup>10</sup> En relación a la eutanasia, es la “intensidad” el sentimiento dominante experimentado por las enfermeras belgas, describen ambivalencia por sentir que ayudan al paciente a morir serenamente, pero a la vez percibir que es una muerte arreglada, no natural. La experiencia del proceso del cuidado es descrita como grave y difícil, algo a lo que nunca se acostumbran. Tratan de entender la solicitud desde el punto de vista del paciente, algo crucial para una buena práctica enfermera, necesitan tiempo para poder llegar a tener una buena experiencia del proceso.<sup>28</sup>

Esta necesidad de tiempo también es recogida por George et al.<sup>24</sup>, los médicos generales que se enfrentan a una solicitud de eutanasia manifiestan necesitar espacio para pensar y sentirse emocionalmente separados de la situación del paciente y así poder hacer frente a las consecuencias de realizar una eutanasia. Se esfuerzan por encontrar estabilidad entre disminuir el padecimiento del paciente y permanecer atentos a sus propios valores y juicios. También describieron las solicitudes de SA como muy exigentes y con una gran responsabilidad. Algunos de los médicos generales que tenían como objetivo mejorar la calidad de vida de los enfermos, (5/8) creían que la eutanasia podría haber ocurrido por la impotencia que experimentaban al no poder llegar a calmar el sufrimiento del paciente ni tratar sus síntomas, por lo que se esforzaron en mejorar sus habilidades en el cuidado de enfermos y de esta forma enfrentarse en menos ocasiones a esta demanda.

La mayoría de los médicos entrevistados por Otte et al.<sup>32</sup> tienen dudas acerca de su capacidad para lidiar afectivamente con ayudar a un paciente a terminar con su vida. Describen que no forma parte de su rol profesional. La sensación de no poder manejar el impacto emocional, ético o psicológico es agotadora para ellos; prefieren otras opciones de tratamiento para sus pacientes, como la mejora de los CP, la transferencia a otro médico o el aplazamiento de la conversación.

En una unidad de CP suizos, los médicos entrevistados expresaron que para ellos era muy importante que la SP no se alargase en el tiempo, ya que de lo contrario surgirían

cuestiones éticas relacionadas con la retirada de la hidratación. La mayoría de los médicos de cabecera entrevistados se oponían a la SP, la consideran como una opción con un “alto precio a pagar”, identifican riesgos de producir una pendiente resbaladiza; la comunicación con el enfermo se considera importante y una alternativa a la SP, principalmente si el sufrimiento es de tipo existencial<sup>14</sup>. El pronóstico de vida del paciente también fue mencionado como un factor importante en los casos de SP para los médicos especializados de Quebec.<sup>15</sup> Así mismo, Rietjens et al.<sup>48</sup> describen que una esperanza de vida larga conlleva problemas relacionados con la inmovilización del paciente y con el aumento de la carga emocional para los familiares. La dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y la disminución de la conciencia fue subrayado como problemático para los médicos y enfermeras indios confrontados sobre la SP.<sup>48</sup>

#### Dilemas bioéticos relacionados con aplicación de SP como tratamiento para el sufrimiento existencial

El uso de SP para el sufrimiento no físico del paciente fue un problema difícil para las enfermeras entrevistadas (4/8), algo subjetivo que era difícil de medir y de tratar, lucharon con él porque sentían que este estaba más allá de su conocimiento.<sup>10</sup> Sin embargo, Raus et al.<sup>9</sup> hallaron que algunas enfermeras equipararon el sufrimiento existencial al físico, en consecuencia, podría ser una indicación para una sedación continua, mientras que los médicos se mostraban más reacios en estos casos.

Existe una falta de consenso entre los médicos entrevistados en Canadá sobre las indicaciones para proceder con sedación cuando el sufrimiento es de tipo emocional o existencial.<sup>15</sup>

Rietjens et al.<sup>49</sup> encontraron que los médicos reconocieron que el sufrimiento no sólo está compuesto por síntomas físicos. Sin embargo, la mayoría de los participantes se mostraron indecisos e incapaces de aplicar una SP ante sufrimiento emocional, algunos tienen miedo de caer en una pendiente resbaladiza, otros toman un acercamiento más holístico en cuanto al abordaje de este sufrimiento y de los cuidados al final de la vida.

Los médicos de una unidad de CP suizos entrevistados estaban a favor de la SP, pero desaprobaban su uso en cuestión de sufrimiento existencial a menos que se usara sedación temporal tras explorar los posibles problemas existenciales con la familia y el

paciente, algunos exponían los riesgos si se interrumpía la hidratación y la alimentación. Los médicos generales entrevistados desaprobaban el uso de SP para tratar el sufrimiento existencial, esta resistencia puede deberse al hecho de que consideran que la SP puede acelerar la muerte.<sup>14</sup>

### Uso de sedación SP como alternativa a la eutanasia cuando ésta ya no se puede aplicar o cuando la práctica no es amparada por la ley

Según los resultados obtenidos en esta RS se puede afirmar que la SP se utiliza en favor de la eutanasia por la carga emocional que supone para los profesionales sanitarios practicar esta última o por la burocracia que conlleva su aplicación.

Las enfermeras con poca experiencia en SP expresaron una lucha con una “línea fina” que separa la SP de la eutanasia y el SA, reportaron que ambas prácticas se aproximaban.<sup>10</sup>

En un estudio realizado en los Países Bajos con médicos generales, algunos profesionales (6/30) afirmaron no estar a favor de la eutanasia, explicando que preferían administrar opioides y sedación terminal para aliviar al enfermo, de esta forma ayudan al paciente sin causar intencionalmente la muerte. Prefieren esperar antes de tomar una decisión médica de fin de vida, previendo que la muerte ocurrirá antes sin necesidad de intervención médica.<sup>24</sup>

Raus et al.<sup>9</sup> reportan que algunos médicos y enfermeros consideraron la sedación continua como una alternativa a la eutanasia. Una de los entrevistados lo definió como “sans papiers”, refiriéndose a un caso en el que se utilizó la SP para acortar la vida, evitando todas las formalidades que son necesarias para realizar una eutanasia. Otra enfermera indicó que la sedación continua se utiliza en pacientes que han realizado una solicitud clara de eutanasia. Varios médicos entrevistados en los Países Bajos, consideraron que cuando un paciente hace una petición de eutanasia, la SP puede ser una opción menos gravosa y menos molesta. No sólo puede aliviar el sufrimiento actual, sino también el sufrimiento de aquellos pacientes cuya principal fuente de preocupación, es el sufrimiento futuro.<sup>49</sup> Resuena con los resultados obtenidos por Sercu et al.<sup>50</sup> donde algunos entrevistados afirman que en el caso de una solicitud de eutanasia se pone en

marcha un procedimiento de SP porque creen que la administración de medicación eutanásica o una despedida es demasiado brusco.

Un grupo de médicos entrevistados en Canadá consideró que la eutanasia y la SP eran dos prácticas distintas con dos objetivos diferentes, sin embargo, a veces se usaba la SP como alternativa cuando se solicitaba eutanasia.<sup>15</sup>

Los resultados de un estudio realizado con médicos y enfermeras de Países Bajos, Bélgica y Reino Unido revelaron que los proveedores de cuidados de los dos primeros, pueden elegir la SP por encima de la eutanasia ya que no está sujeta a las mismas reglas y normativas y parece que la carga emocional de proporcionar SP es menor.<sup>33</sup>

#### Diferencias percibidas por los profesionales sanitarios entre SP y muerte asistida por un médico

Las guías distinguen el uso de la SP y la eutanasia sin embargo en la práctica clínica esa distinción no siempre está clara. La intención fue la principal diferencia que señalaron los médicos estadounidenses entrevistados sobre las divergencias entre SP y muerte asistida por un médico, éstos aceptan la posibilidad de que la muerte se acelere siempre y cuando la intención inicial sea abordar los síntomas del paciente. Los médicos holandeses identifican la proximidad de la muerte como el factor clave para distinguir entre ambas intervenciones.<sup>51</sup>

Los médicos paliativos suizos apuntan como diferencia entre ambas prácticas la repercusión sufrida por los familiares, considerando que el SA es una acción violenta. La SP es considerada como más humana ya que los médicos siguen siendo los responsables de la atención del paciente hasta la muerte. Este grupo de médicos priorizan la búsqueda de soluciones compartidas entre la familia, el paciente y los profesionales sanitarios, en favor del principio de autonomía del paciente. Algunos se preguntan si la SP no es una eutanasia indirecta debido al riesgo del aceleramiento de la muerte, conocen y establecen diferencias entre ambas prácticas, pero su trabajo diario les ha llevado a dudar de esta separación; mientras que otros establecen la intención y la actitud del médico como la principal diferencia. Por otro lado, los médicos que trabajan en centros de rehabilitación mantienen un enfoque más centrado en el

paciente, como individuo libre, lo que parece favorecer una actitud conciliadora hacia el SA, a pesar de que la mayoría de los médicos se oponen a practicarlo.<sup>14</sup>

### Dilemas bioéticos de los profesionales sanitarios y su relación con las leyes

En el entorno suizo, donde se discute el SA y la eutanasia como hechos claramente diferentes, Foley et al.<sup>14</sup> sugieren que la eutanasia es más aceptada que el SA.

La mayoría de las enfermeras belgas entrevistadas, consideran la Ley belga sobre la eutanasia como un elemento que favorece la práctica creando apertura y debate. La existencia de leyes que regulen prácticas como la eutanasia, define las responsabilidades dentro del equipo sanitario, estimulando la reflexión ética y fomentando la cooperación interdisciplinar. Antes de la legislación de la eutanasia las enfermeras sentían impotencia al no poder atender las peticiones de ayuda a morir de los enfermos.<sup>28</sup>

Los resultados obtenidos por Seale et al.<sup>33</sup> reflejan que los médicos y enfermeros de Reino Unido hicieron más alusiones a la proporcionalidad, identificando “acelerar”, “asesinar” y “matar” como cuestiones importantes, están preocupados por si la SP aceleró o no la muerte, tienden a proporcionar una sedación justa a síntomas concretos, como la ansiedad o la angustia. Los encuestados de Países Bajos y Bélgica utilizaron un lenguaje más similar, acentuando el momento de la despedida del paciente. Las directrices, normas y leyes están más presentes en la mente de los profesionales de estos dos países; son más propensos a enfatizar que la sedación es apropiada cuando el sufrimiento continuado se vuelve inútil y los pacientes no pueden continuar.

En un estudio realizado con médicos y especialistas de atención primaria de Holanda y EEUU, en el que se estudia los diferentes enfoques de sufrimiento al final de la vida, se observó que los profesionales holandeses consideran que la SP no acelera la muerte, mientras que la mayoría de los encuestados estadounidenses afirman que podría acelerar la muerte pero que no sería su intención.<sup>51</sup>



## Discusión

Los médicos y las enfermeras al enfrentarse con una petición de eutanasia experimentan sentimientos intensos de ambivalencia por un lado deben permanecer atentos al sufrimiento del paciente y por otro ser fieles a su propio sistema de valores.

En relación a la SP les preocupa principalmente la proporcionalidad de la sedación y el pronóstico de vida del paciente. La aplicación de SP en caso de sufrimiento existencial produce más reticencia para los profesionales sanitarios que la sedación administrada por síntomas físicos.

Los profesionales sanitarios conocen la diferencia entre SP y eutanasia, pero hay situaciones en las que usan la SP como eutanasia encubierta. La intención es la principal diferencia que expresan entre SP y muerte asistida por un médico, amparándose en el principio del doble efecto.

La existencia de leyes que regulen la eutanasia o el SA generan un clima de apertura para la discusión entre profesionales sanitarios, paciente y familia.

### Problemas bioéticos en los médicos y enfermeros cuando se enfrentan a SP, SA y eutanasia

Las enfermeras describen la gravedad del procedimiento de la eutanasia en raras ocasiones en términos éticos, se expresan principalmente en términos emocionales o psicológicos; detallando las experiencias como muy exigentes, intensas, manifestando sensación de ambivalencia.<sup>28</sup> Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en una RS sobre las experiencias de enfermeras en el cuidado de pacientes que solicitan eutanasia, describen conflicto personal, incertidumbre y miedo.<sup>52</sup> Los médicos, por su parte manifiestan la necesidad de mantener un equilibrio entre el sufrimiento del paciente y su propio bienestar emocional.<sup>24</sup> Un estudio sobre siete años de experiencia médica en el entorno paliativo reveló que la mayoría de las inquietudes se producen por las peticiones y las necesidades que presenta el paciente, de un lado, y por la propia auto comprensión del profesional por otro.<sup>53</sup>

La evaluación de la supervivencia del paciente parece ser uno de los problemas más importantes identificado por los médicos cuando se enfrentan a una SP.<sup>14,15,49</sup> Tal como recomienda la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (AECOP), uno de los elementos primordiales en la SP es el pronóstico de vida del paciente. En la actualidad se disponen de varios modelos pronósticos<sup>54,55</sup> que pueden ser útiles en la práctica clínica diaria. Los médicos tienden a sobreestimar el pronóstico de sus pacientes, es importante que sean conscientes de ello, ya que puede influir tanto en la toma de decisiones como en las perspectivas del paciente para alcanzar una buena muerte.<sup>56</sup>

La disminución de la conciencia se identifica como una cuestión importante en la SP,<sup>48</sup> estaría justificada por el principio de proporcionalidad.<sup>57</sup> Este principio sostiene que existe una obligación moral de proporcionar todos aquellos tratamientos terapéuticos que guarden una oportuna relación entre la acción realizada y el resultado presumiblemente esperado. El beneficio de la actuación debe estimarse no en relación a los efectos fisiológicos que pueda producir la terapia específicamente, sino en relación al beneficio o perjuicio del tratamiento global.<sup>58</sup>

### Dilemas bioéticos relacionados con aplicación de SP como tratamiento para el sufrimiento existencial

La mayoría de los profesionales se sienten indecisos a la hora de abordar el sufrimiento existencial, se sienten incapaces de aliviarlo<sup>9,10,49</sup> estos resultados resuenan con lo publicado en la literatura.<sup>59,60</sup> Algunos no lo consideran un dominio médico, más bien una responsabilidad del propio paciente.<sup>14</sup> Aunque no existe una definición exacta sobre sufrimiento existencial, se describe como “pérdida de autonomía, dependencia, sentimientos de falta de sentido y carga para los demás”.<sup>18</sup> La gravedad del sufrimiento emocional/existencial y la angustia que producen pueden ser muy dinámicas y existe una falta de habilidades bien establecidas para su manejo y aplicación.<sup>61</sup> Sin embargo, hay profesionales que si se aproximan a este tipo de sufrimiento de una forma más holística, para ello necesitan empatizar con él, comprenderlo.<sup>9,14,49</sup> Otro abordaje sería la sedación temporal,<sup>14</sup> siguiendo el marco de las recomendaciones de la AECOP, si la razón de la SP es la angustia existencial se debe explorar siempre una segunda opinión y la sedación tiene que administrarse de forma intermitente para que su necesidad sea reevaluada periódicamente.<sup>33</sup>

### Uso de SP como alternativa a eutanasia

Según esta RS, la SP se considera una alternativa a la eutanasia sin poder establecer una correlación con la ley ya que la información de los artículos que responde a este objetivo, están realizados en países donde la eutanasia está legalizada. Tampoco se puede crear una relación con el tiempo de vida del paciente ya que en las unidades de análisis no hay datos al respecto.

Sin embargo se puede afirmar que los profesionales sanitarios conocen las diferencias entre ambas prácticas, utilizan la SP en lugar de la eutanasia por cuestiones prácticas, para evitar formalidades<sup>9,15,33,49</sup> o para reducir el impacto emocional que les supondría practicarla<sup>24,33,49,50</sup>. No obstante, algunos médicos identifican que sustituir la práctica de la eutanasia por la SP podría dar lugar a malentendidos entre los profesionales sanitarios sobre el estatus legal de la SP, principalmente cuando se utiliza para pacientes con un pronóstico de vida más largo. También estimaron que es la autonomía del paciente y no los motivos personales de los profesionales la que debe guiar este tipo de decisiones.<sup>49</sup>

En la literatura está descrito que el cuidado del paciente que solicita eutanasia es muy exigente y una tarea emocionalmente gravosa.<sup>62,63</sup>

Los datos muestran una disminución de las tasas de muerte por eutanasia en Países Bajos, coincidiendo con un incremento del número de pacientes que fallecen tras recibir SP, lo que sugiere que esta práctica se está utilizando como alternativa a la eutanasia en países donde está legalizada la práctica.<sup>64-66</sup>

### Diferencias percibidas por los profesionales sanitarios entre SP y muerte asistida por un médico

La intención fue la diferencia principal que señalaron los médicos estadounidenses y suizos entrevistados sobre la diferencia entre SP y muerte asistida por un médico, éstos pueden asumir la posibilidad de que al tratar los síntomas del paciente se produzca una aceleración de la muerte, mientras que su intención inicial esté centrada exclusivamente en el alivio de estos síntomas<sup>51,14</sup> esto resuena con los resultados obtenidos en otros

estudios en Estados Unidos<sup>66</sup> y Australia<sup>67</sup> donde valoran esta intención como parte del principio del doble efecto.<sup>68</sup> Es algo subjetivo, sólo sabe el verdadero propósito de la acción quien la realiza, y puede informar de ello o no. El objetivo de la bioética es valorar acciones, no intenciones. Lo que favorece o daña al paciente no es la intención del profesional que realiza el acto, sino el resultado del mismo.<sup>69</sup> La intención, no siempre puede distinguirse de un anhelo inconsciente de disminuir la vida de un paciente que está muriendo con una gran angustia.<sup>70</sup> El origen individual de la intención se acentúa al ver que las acciones de los médicos no siempre son claras para los familiares y resto del equipo sanitario.<sup>51</sup>

### Dilemas bioéticos de los profesionales sanitarios y su relación con las leyes

La Ley belga sobre la eutanasia es considerada por un grupo de enfermeras entrevistadas como un elemento de apertura, que ha generado debate y claridad de actuación, creando un entorno en el que poder discutir dentro del equipo de cuidadores la opción más favorable de tratamiento y ayudando al paciente dentro del marco legal del país.<sup>28</sup> Los sentimientos de las enfermeras hacia la eutanasia, antes de su legalización, fueron de culpa, temor y secretismo. Esto revela un complicado entramado entre valores morales, profesionales, legales y religiosos.<sup>52</sup> Antes de la existencia de la ley, las enfermeras manifestaban impotencia ante no poder cumplir legalmente con la petición del paciente.<sup>52.71</sup>

En los Países Bajos, en 2005 se aprobó una guía nacional de SP,<sup>2</sup> el SA y la eutanasia están legislados desde 2002; al parecer, la existencia de normas ha dado lugar a una interiorización y aplicación de términos y recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, en EE.UU. no existen guías sobre la aplicación de SP, aparte de una declaración del National Hospice and Palliative Care Organization,<sup>72</sup> desde el punto de vista legal, el SA por un médico está legislado en los estados de Oregón, Washington, Montana y Vermont y la eutanasia es ilegal en todo el país; por la tanto la SP y la asistencia médica en la muerte no pueden diferenciarse por marcos regulatorios. Los profesionales estadounidenses entrevistados establecen como principal diferencia entre SP y muerte asistida por un médico la intención, lo cuál puede ser ambiguo, ya que la intención es algo subjetivo y depende de cómo uno perciba las

acciones. Esto pone en evidencia el peso de los marcos éticos y legales en el parecer de los clínicos.<sup>51</sup>

Los encuestados estadounidenses tienen menos discusiones con la familia y paciente sobre el planteamiento del tratamiento. Éstos se sienten menos capacitados, iniciando tarde las conversaciones por lo que el paciente en ocasiones no es capaz de participar. En contraposición con los médicos holandeses que se sienten cómodos discutiendo temas complicados con el paciente y su entorno.<sup>51</sup>

En un entorno legal y ético en el que la eutanasia y el SA no están permitidos, como es en Reino Unido, los profesionales de la salud encuadran la utilización de sedantes como solución proporcionada a síntomas como “agitación” o “inquietud”, este ajuste está influenciado por las directrices del marco de la AECP,<sup>71</sup> por el CP y el movimiento “*hospice*”. En este marco, la percepción de que la vida tiene un valor propio en sí mismo, aunque conlleve sufrimiento, es un principio más fuerte que en Bélgica o Países Bajos. Los profesionales describen preocupaciones sobre la utilización de la SP y su posible efecto de aceleramiento de la muerte. Los trabajadores de Bélgica y Países Bajos hacen más referencias a la comunicación, los miembros de equipo sanitario y a la familia.<sup>33</sup> Las reflexiones de las enfermeras belgas sobre el clima de apertura que se vivió con la promulgación de la Ley sobre la eutanasia y el SA parecen estar en consonancia con las opiniones de los profesionales holandeses sobre la importancia del diálogo en la toma de decisiones.

## Conclusiones

Un entorno de apertura hacia la SP, la eutanasia y el SA podría estimular a los profesionales sanitarios a expresar sus experiencias disminuyendo la carga emocional que le producen este tipo de intervenciones. Sería recomendable proporcionar formación adicional sobre los aspectos éticos y médicos de la eutanasia a las enfermeras, la deliberación ética ayudaría al afrontamiento de los problemas morales que se les plantean con estos pacientes. Favoreciendo una reflexión individual, fomentando el diálogo y la participación en el equipo de cuidado.

La estimulación de un entorno abierto para la discusión sobre el uso de los tratamientos de fin de vida podría permitir que el paciente, el equipo y los familiares participen de una forma activa en la toma de decisiones, generando un clima de diálogo entre todas las partes. En base a la literatura se puede decir que la existencia de leyes que regulen las actuaciones de los clínicos parece influir positivamente en la relación de comunicación que establecen con el paciente, la familia, y el resto del equipo de cuidado.

En los países en los que no existe marco legal para las prácticas de fin de vida, los profesionales sanitarios tienen más dudas sobre las diferencias entre SP y prácticas de muerte asistida por el médico. En entornos no especializados, la SP se considera más frecuentemente como una aceleración de la muerte por lo que el grado de conocimiento en CP parece contribuir también en las opiniones que tienen los médicos sobre las prácticas de fin de vida. Un aumento en las horas de formación de CP podría ayudar a los médicos en el manejo de este tipo de intervenciones.

La importancia del concepto de paciente como persona autónoma o como parte de un entramado social influye en la actitud de los médicos hacia la SP, el sufrimiento y la muerte. Es importante estar preparado como médico y como enfermero para atender al enfermo terminal, sin centrarnos sólo en el tratamiento de síntomas, sino siendo capaces de abordar aspectos subjetivos de la enfermedad, identificando preocupaciones y estableciendo un clima de confianza en el que paciente pueda expresarse con naturalidad. Por ello es importante adquirir buenas estrategias de comunicación con el enfermo y con su familia.

Una mayor investigación sobre los factores que ayudan al paciente a tener una buena muerte nos permitiría centrar el debate en el aspecto primordial: cómo los pacientes terminales pueden tener el cuidado más avanzado para el alivio de su sufrimiento.

## Fortalezas y limitaciones

La SP, la eutanasia y el SA son prácticas complejas en el cuidado del paciente al final de la vida, la investigación cualitativa es la metodología más apropiada para abordar todos sus matices. La calidad de esta RS está limitada a la calidad de los estudios que la componen, los datos recogidos en los artículos dependen de la experiencia e interpretación subjetiva del investigador que los realizó. Existe un posible sesgo de memoria, de publicación y de idioma que podrá afectar la validez interna.

El factor tiempo es un elemento limitante ya que no permite hacer una búsqueda bibliográfica exhaustiva para explorar la opinión de todo el equipo interdisciplinar implicado en el cuidado del paciente. Con lo cual, el estudio se ha reducido a dos grupos profesionales en concreto, médicos y enfermeros.

Asimismo, otra limitación es la escasez de estudios realizados en España publicados en revistas indexadas en las bases de datos consultada, razón por lo cual no se han podido incluir datos a nivel nacional en esta RS.



## Bibliografía

1. de Miguel Sánchez C, López Romero A. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Med Pal* 2006;13(4):207-215.
2. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *J Palliat Med* 2009;23(7):581-593.
3. Seale C, Raus K, Bruinsma S, van der Heide A, Sterckx S, Mortier F, et al. The language of sedation in end-of-life care: The ethical reasoning of care providers in three countries. *Health (London)* 2015;19(4):339-354.
4. Orentlicher D. The Supreme Court and physician-assisted suicide rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *N Engl J Med* 1997;337:1236-1239.
5. Graeff AD, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10(1):67-85.
6. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck AM, Müller-Busch CH, Rapin CH. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC ethics task force. *J Palliat Med* 2003;17:97-101.
7. Blondeau D, Roy L, Dumont S, Godin G, Martineau I. Physicians' and pharmacists' attitudes toward the use of sedation at the end of life: influence of prognosis and type of suffering. *J Palliat Care* 2005;21(4):238-245.
8. Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RS, Zuurmond WWA, van der Maas PJ, et al. Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. *J Can Med Assoc* 2012;184(7):E366.
9. Raus K, Anquinet L, Rietjens J, Deliens L, Mortier F, Sterckx S. Factors that facilitate or constrain the use of continuous sedation at the end of life by physicians and nurses in Belgium: results from a focus group study. *J Med Ethics* 2014;40(4):230-234.

10. Rietjens JAC, Hauser J, van der Heide A, Emanuel L. Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *J Palliat Med* 2007;21(7):643-649.
11. Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002;20:758-64.
12. Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *The Lancet* 1996;347(9018):1805-1810.
13. Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O'Hare D, et al. Determinants of the wifflingness to endorse assisted suicide: a survey of physicians, nurses, and social workers. *Psychosomatics* 1997;38(3):277-287.
14. Foley R, Johnston WS, Bernard M, Canevascini M, Currat T, Borasio GD, et al. Attitudes regarding palliative sedation and death hastening among swiss physicians: A contextually sensitive approach. *Death Stud* 2015;39(8):473-482.
15. Blondeau D, Dumont S, Roy L, Martineau I. Attitudes of Quebec doctors toward sedation at the end of life: an exploratory study. *Palliat Support Care* 2009;7(3):331-337.
16. Cohen J, van Delden J, Mortier F, Löfmark R, Norup M, Cartwright C, et al. Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. *J Med Ethics* 2008;34(4):247-253.
17. Rousseau P. Existential suffering and palliative sedation: a brief commentary with a proposal for clinical guidelines. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18:151-153.
18. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:445-450
19. Hallenbeck JL. Terminal sedation: ethical implications in different situations. *J Palliat Med* 2000;3:313-319.

20. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997;278:2099-2104.
21. Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, Deliens L, Sterckx S, Mortier F, et al. Using continuous sedation until death for cancer patients: a qualitative interview study of physicians 'and nurses' practice in three European countries. *J Palliat Med* 2015;29(1):48-59.
22. 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):1679-1691
23. Ministry of Justice (Belgium). Wet betreffende de euthanasie (Belgian act on euthanasia, 28 May 2002). *Staatsblad (Belgian Law Gazette)*. 2002 June 22.
24. Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Dealing with requests for euthanasia: a qualitative study investigating the experience of general practitioners. *J Med Ethics* 2008;34(3):150-155.
25. Van Bruchem-van de Scheur, G G, Van der Arend A, Abu-Saad HH, Spreeuwenberg C, Van Wijmen F, Ter Meulen R. The role of nurses in euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *J Med Ethics* 2008;34(4):254-258.
26. Cannaerts N, Dierckx de Casterle B, Grypdonck M. Palliative care, care for life: A study of the specificity of residential palliative care. *Qual Health Res* 2004;13:1-20.
27. Barnard A, Hollingum C, Hartfiel B. Going on a journey: Understanding palliative care nursing. *Int J Palliat Nurs* 2006;12:6-12.
28. Denier Y, Dierckx de Casterlé B, De Bal N, Gastmans C. "It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Med Health Care Philos* 2010;13(1):41-48.
29. Randall F. Two lawyers and a technician. *J Palliat Med* 1993;7(3):193-198.
30. Porta J. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Med Pal* 2002;9(1).

31. García A. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria* 2006;38(2):79-84.
32. Otte IC, Jung C, Elger B, Bally K. "We need to talk!" Barriers to GPs' communication about the option of physician-assisted suicide and their ethical implications: results from a qualitative study. *Med Health Care Philos* 2016 Oct 26,.
33. Seale C, Raus K, Bruinsma S, van der Heide A, Sterckx S, Mortier F, et al. The language of sedation in end-of-life care: The ethical reasoning of care providers in three countries. *Health (London)* 2015;19(4):339-354.
34. Johansen, Sissel, Hølen J, Kaasa S, Loge J, Materstvedt LJ. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *J Palliat Med* 2005;6:454-460.
35. Burki TK. Attitudes and practices towards legal euthanasia. *Lancet Oncol* 2016;17(8):e325.
36. Dyer O, White C, Rada AG. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ* 2015;351:h4481.
37. Verpoort C, Gastmans C, Casterlé BDD. Palliative care nurses' views on euthanasia. *J Adv Nurs* 2004;47(6):592-600.
38. Norwood F, Kimsma G, Battin MP. Vulnerability and the 'slippery slope' at the end-of-life: A qualitative study of euthanasia, general practice and home death in the Netherlands. *Fam Pract* 2009;26(6):472-480.
39. Silva RSd, Evangelista CLdS, Santos RDd, Paixo GPdN, Marinho CLA, Lira GG. Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia. *Rev Bioét* 2016;24(3):579-589.
40. Van PR. *Bioethics: A Bridge to the future*. New Jersey:Englewood Cliffs;1971.
41. Júdez, J, Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117(1):18-23.
42. Sánchez-González M, Herreros B. La bioética en la práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(1):66-73.

43. Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. *An Med Interna* 2001;18(12):650-54.
44. De España, Juan Carlos I Rey. 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 núm. 274/2002, de 15 de noviembre de 2002»). 2008.
45. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Ed. Eudema S.A.; 1991.
46. Núñez JM, Gracia D. Palliative care in the Spain. En ten Have H, Janssens R, editors. *Palliative care in the Europe. Concepts and policies*. Amsterdam: IOS Press; 2001.p. 55-67.
47. Cano A, González T, Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica*. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
48. Gielen J, Gupta H, Rajvanshi A, Bhatnagar S, Mishra S, Chaturvedi AK, et al. The attitudes of Indian palliative-care nurses and physicians to pain control and palliative sedation. *Indian J Palliat Care* 2011;17(1):33-41.
49. Rietjens JaC, Buiting HM, Pasma HRW, van der Maas PJ, van Delden JJ, van der Heide A. Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives: a focus group study. *Palliat Med* 2009;23(5):410-417.
50. Sercu M, Pype P, Christiaens T, Derese A, Deveugele M. Belgian general practitioners' perspectives on the use of palliative sedation in end-of-life home care: A qualitative study. *J Pain Symptom* 2014;47(6):1054-1063.
51. Rietjens JAC, Voorhees JR, van der Heide A, Drickamer MA. Approaches to suffering at the end of life: the use of sedation in the USA and Netherlands. *J Med Ethics* 2014;40(4):235-240.
52. De Bal N, Gastmans C, Dierckx DCB. Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia: a review of the literatura. *Int J Nurs Stud* 2008;45(4):626-644.

53. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003;2(1):2.
54. Porta J, Palomar MJ, March J, Naud C, Vias J, Nabal M. Parámetros biológicos y supervivencia en pacientes con neoplasias en situación avanzada y terminal. *Med Pal* 1994;1(2):31-37.
55. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1999;7:128-33.
56. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, Christakis N. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327(7408):195.
57. Taboada R. "Sedación paliativa (parte II): Cuestiones éticas y principios morales". *Acta Bioeth* 2014;20(2):225-235.
58. Taboada, P. El derecho a morir con dignidad. *Acta bioeth* 2000;6(1);89-101.
59. Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. *Med Pal* 1997;4:170-178.
60. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch JT. Sedación para el sufrimiento intratable de un paciente agonizante: cuidados paliativos agudos y principio del doble efecto. *Oncologist* 2000;5:57-67.
61. Cherny NI. Sedation for the care of patients with advanced cancer. *Nat Clin Pract Oncol* 2006;3(9):492-500.
62. van Marwijk, H, Haverkate I, van Royen P. Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med* 2007;21:609–614.
63. Haverkate I, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. *Med J Aust* 2001;175:519.
64. Sheldon T. Incidence of euthanasia in the Netherlands falls as that of palliative sedation rises. *BMJ* 2007;334(7603):1075.

65. Rietjens JA, van Delden JJ, Onwuteaka-Philipsen B, Buiting H, van der Maas P, van der Heide A. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *BMJ* 2008;336:810-813.
66. Billings JA, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996;12:21-30.
67. Douglas CD, Kerridge IH, Ankeny RA. Narratives of 'terminal sedation', and the importance of the intention-foresight distinction in palliative care practice. *Bioethics* 2013;27(1):1-11.
68. Quill TE. Principle of double effect and end-of-life pain management: additional myths and a limited role. *J Palliat Med* 1998;1:333-336.
69. Azulay A. La sedación terminal. Aspectos éticos. *An Med Interna* 2003;20(12):645-649.
70. Fondras JC, Rameix S. Questions éthiques associées à la pratique de la sédation en phase terminale. *Médecine Palliative* 2010;9(3):120-125.
71. De Bal N, de Casterl BD, De Beer T, Gastmans C. Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2006;43(5):589-599.
72. Kirk TW, Mahon MM. Palliative sedation task force of the National H, Palliative Care Organization Ethics C. National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:914–23.

## Anexos



## **Anexo 1: Estrategia de búsqueda**

### BASES DE DATOS ELECTRÓNICAS

#### 1. MEDLINE (total de artículos 881)

ethical issues AND (nurse OR physicians) AND (euthanasia OR assisted suicide OR deep sedation) (n 448)

health care providers AND (euthanasia or assisted suicide OR Deep sedation) AND ethical issues (n 433)

#### 2. CINHALL

(euthanasia OR deep sedation OR assisted suicide) AND (health care providers OR terminal care) AND (nurse OR physicians) (n 415)

Filtros aplicados: fuentes (publicaciones académicas).

#### 3. PYSICINFO

(euthanasia OR deep sedation OR assisted suicide) AND (palliative care OR terminal care) AND (nurse OR physicians) (n 48)

Filtros aplicados: metodología (estudios cualitativos), tipos de fuentes (publicaciones académicas).

#### 4. SCIENCE DIRECT

(euthanasia OR deep sedation OR assisted suicide) AND (palliative care OR terminal care) AND (nurse OR physicians) (n 139)

Filtros aplicados: tipo contenido (artículos revistas).

#### 5. SCIELO

bioethics AND palliative care (n 17)

Filtros aplicados: tipo de literatura (artículos).

#### 6. CUIDENPLUS

bioética AND (eutanasia OR sedación paliativa OR suicidio asistido) (n 11)

Filtros aplicados: artículos originales.

## Anexo 2: Programa de lectura crítica CASPe

### A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

#### Preguntas "de eliminación"

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?

SÍ                                       NO SÉ                                       NO

2. ¿Es congruente la metodología cualitativa

SÍ                                       NO SÉ                                       NO

3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?

SÍ                                       NO SÉ                                       NO

#### Preguntas "de detalle"

4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?

SÍ                                       NO SÉ                                       NO

5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?

SÍ                                       NO SÉ                                       NO

6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?

SÍ                                       NO SÉ                                       NO

7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ                       | NO SÉ                    | NO                       |

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ                       | NO SÉ                    | NO                       |

9. ¿Es clara la exposición de los resultados?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ                       | NO SÉ                    | NO                       |

**C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?**

10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SÍ                       | NO SÉ                    | NO                       |

### Anexo 3: Tabla de extracción de datos

Nombre del autor; Año de publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Blondeau et al.; 2009</i>	Canadá; Estudio cualitativo multicéntrico (hospitales, hospicio y atención primaria)	Entrevista semiestructurada	19 médicos	<p>Examinar las prácticas de la SP para identificar similitudes y diferencias.</p> <p>Reconocer y detectar las prácticas relacionadas con las indicaciones clínicas dentro de la comunidad sanitaria.</p> <p>Determinar las cuestiones éticas relacionadas con la SP.</p>	<p><i>Dimensión relacional:</i> priorizan al paciente, destacando la importancia de la familia.</p> <p><i>Dimensión clínica:</i> falta de consenso sobre las indicaciones para realizar la sedación cuando existen síntomas existenciales o emocionales.</p> <p><i>Dimensión ética:</i> se sirven de los principios de beneficencia y doble efecto para orientar sus prácticas de sedación.</p> <p>Algunos médicos usan la SP cuando se les solicita eutanasia.</p>	Suficiente
<i>Seale et al.; 2015</i>	Reino Unido, Bélgica y Países Bajos; Estudio cualitativo multicéntrico (hospitales y hogar)	Entrevista	79 médicos y 77 enfermeros	Identificar las diferencias entre países en las razones de los profesionales sanitarios para la utilización de la SP.	El vocabulario de los profesionales de salud británicos para definir la sedación difiere de los holandeses y belgas. Los encuestados de Reino Unido están más preocupados por la posibilidad de que la SP pueda acelerar la muerte; más referencias a la proporcionalidad, incluida la idea de titulación. En Bélgica y los Países Bajos hay una mayor predisposición a eliminar la conciencia de forma rápida y radical.	Alta

Nombre del autor; Año de publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Sercu et al.; 2014</i>	Bélgica; Estudio cualitativo unicéntrico (hogar).	Entrevista semiestructurada	52 médicos generales	<p>Establecer la comprensión de los médicos generales de la SP.</p> <p>Señalar las opiniones de los médicos generales sobre el rango de indicación y el potencial acortamiento de la vida al aplicar SP.</p> <p>Evaluar las opiniones de los médicos sobre la utilización de SP como alternativa a la eutanasia legal.</p>	<p>Las opiniones divergen en el área de indicación para SP y en las posibles intervenciones de acortamiento de la vida.</p> <p>Sobre la solicitud de un paciente en estado terminal varios médicos prefieren la eutanasia lenta utilizando la SP a la administración de un fármaco letal.</p>	Suficiente
<i>Gielen et al.; 2011</i>	India; Estudio cualitativo multicéntrico (cuatro instituciones de Nueva Delhi)	Entrevista semiestructurada	14 médicos y 13 enfermeros	<p>Evaluar las actitudes de los médicos y los enfermeros de CP indios ante la SP y el dolor.</p>	<p>La mayoría de los entrevistados se oponen a la SP profunda ya que puede causar efectos secundarios intolerables, impidiendo las actividades básicas de la vida diaria y las relaciones sociales.</p>	Moderada

Nombre del autor; Año de publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Foley et al.; 2015</i>	Suiza; Estudio cualitativo multicéntrico (CP generales o especializados, práctica general, atención aguda en hospital)	Entrevista	31 médicos	Entender cómo los médicos integran la SP en su práctica habitual, especialmente cuando se enfrentan a sufrimiento existencial	<p>La mayoría de los médicos de cabecera no utilizaría la SP en caso de sufrimiento existencial, consideraban la SP como el aceleramiento de la muerte.</p> <p>En escenarios de atención aguda, la SP no siempre se diferencia de la eutanasia o del SA.</p> <p>Algunos consideran más apropiado el SA que la SP cuando el sufrimiento es de tipo existencial.</p> <p>La mayoría de los médicos de los centros de rehabilitación, consideran que la SP es una forma de respetar las necesidades del paciente y prepararse para la muerte. Destacaron el respeto al principio de autonomía.</p> <p>Los médicos de CP están a favor de la SP, pero en contra de su aplicación en caso de sufrimiento existencial.</p> <p>Manifiestan la importancia de que la SP no dure demasiado tiempo, mostrándose reacios al SA por los efectos psicológicos percibidos en familiares.</p>	Moderada

Nombre del autor; Año de la publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Rietjens et al.; 2007</i>	U.S.; Estudio cualitativo multicéntrico (unidad de CP, unidad de cuidados intensivos médicos)	Entrevista semiestructurada	16 enfermeros	Explorar las experiencias y las actitudes de los enfermeros con respecto a la SP, centrandó la atención en las razones por las que se usó la SP y sus percepciones de cómo influyó en el proceso de morir.	<p><i>Perspectiva 1:</i> la SP no aceleró el proceso de la muerte (7/16).</p> <p><i>Perspectiva2:</i> el acortamiento de la vida es aceptable ya que la SP es la única forma de abordar el sufrimiento (3/16).</p> <p><i>Perspectiva 3:</i> existe una línea divisoria entre la SP y la eutanasia (6/16).</p> <p>Pensaron que la SP había contribuido positivamente en la calidad de la muerte del paciente (16/16). Percibían que la SP hacía el proceso de morir más cómodo y pacífico para los pacientes (15/16). Algunos sintieron que honraban el deseo del paciente (4/16). Produjo una sensación de bienestar a los familiares porque aportó sentido después del sufrimiento (2/16). Las razones para utilizar la SP fueron que así los deseos de los pacientes habían sido honrados, el sufrimiento había sido aliviado y las luchas de las familias tratadas.</p>	Alta

Nombre del autor; Año de la publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Georges et al.; 2008</i>	Países Bajos; Estudio cualitativo unicéntrico ( hogar)	Entrevista	30 médicos	Describir las experiencias de los médicos generalistas en el tratamiento de una solicitud de SA y conocer las posiciones restrictivas hacia la eutanasia	<p>Describieron las experiencias de solicitud de SA como muy exigentes y con una gran responsabilidad (30/30). (6/30) explicaron que no estaban a favor de realizar la eutanasia ya que no era compatible con su forma de aliviar el sufrimiento. (3/6) refirieron incertidumbre acerca de su capacidad para acelerar la muerte de un paciente intencionalmente. (6/30) afirmaron que preferían aplicar SP en lugar de eutanasia para aliviar el sufrimiento. (8/30) explicaron que su principal objetivo era mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento, éstos intentan evitar las solicitudes de eutanasia mejorando la calidad de vida de sus pacientes.</p> <p>El proceso de toma de decisiones está orientado a poder realizar la eutanasia y a superar sus propias barreras personales. Los médicos cuando se encuentran ante una solicitud de eutanasia luchan por establecer un equilibrio, entre disminuir el sufrimiento y estar atentos a sus propios valores y opiniones.</p>	Suficiente



Nombre del autor; Año de la publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Rietjens et al.; 2009</i>	Países Bajos; Estudio cualitativo	Entrevistas de grupo focal	72 médicos	Obtener los argumentos a favor y en contra de la SP en diversos supuestos clínicos	<p>(caso1): paciente con síntomas físicos refractarios y esperanza de vida de pocos días. Todos afirmaron que la SP está indicada en este supuesto.</p> <p>(caso2): paciente con síntomas físicos refractarios y esperanza de vida de tres semanas. Los encuestados eran más reticentes a aplicar SP, algunos describen otras opciones como la eutanasia o la retirada de tratamiento activo. Otros argumentaron que su decisión estaría definida por la sintomatología del paciente, no por la esperanza de vida. Dan importancia a los deseos del paciente.</p> <p>(caso3): SP para pacientes con sufrimiento existencial y esperanza de vida de seis meses. Algunos consideran el sufrimiento existencial como algo difícil de valorar y no perteneciente a la medicina. Otros podrían llegar a aplicar la SP si entendieran y empatizaran con el sufrimiento. Hay médicos que ante una solicitud de eutanasia aplican una SP ya que es menos gravosa y molesta.</p>	Suficiente

Nombre del autor; Año de la publicación	País; Diseño del estudio	Métodos de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Denier et al.; 2010</i>	Países Bajos; Estudio multicéntrico (nueve hospitales)	Entrevista	18 enfermeros	Describir la forma en que los enfermeros viven su participación en un proceso de eutanasia.	<p>Sienten discrepancia porque aunque es una muerte que ocurre con dignidad y respeto, es una muerte arreglada.</p> <p>Participan en una práctica clínica con un curso de acción que a menudo va más rápido que el proceso personal de llegar a un acuerdo con él. Describen el proceso como una experiencia grave y difícil.</p> <p>El contexto de la transparencia es un factor importante.</p> <p>La mayoría de las enfermeras manifestó su hostilidad ante formas encubiertas de hacer frente a una solicitud de eutanasia. Tratar de entender la solicitud desde la óptica del paciente es importante para una buena atención enfermera.</p>	Moderada

Nombre del autor; Año de publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Rietjens et al. 2014</i>	Países Bajos y EEUU; Estudio cualitativo	Entrevista semiestructurada	36 médicos	Investigar las experiencias de los médicos al discutir la muerte asistida por el médico y las decisiones de fin de vida en distintos contextos legales, éticos y clínicos en los EEUU y Países Bajos.	<p>Casi todos afirmaron que cuando utilizaron fármacos sedantes fue con la intención de proporcionar al paciente comodidad.</p> <p>La aproximación de la muerte fue señalado como un factor clave para distinguir la SP de la eutanasia. Un encuestado describió el uso de SP para un paciente con más de dos semanas de vida, en este caso la intención fue empleada para diferenciar ambas prácticas.</p> <p>El concepto de intención era un tema central para los encuestados estadounidenses, refiriéndose concretamente a la doctrina del doble efecto para fijar diferencias entre la SP y la muerte asistida por un médico.</p>	Moderada

Nombre del autor; Año de publicación	País; Diseño de estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
Otte et al.; 2016	Suiza; Estudio cualitativo multicéntrico (zonas rurales y urbanas)	Entrevistas semiestructuradas	23 médicos	Realizar una exploración de las actitudes de los médicos que administran CP en la práctica de atención primaria	Se identifican tres temas principales sobre cómo los médicos explicaron su rechazo al SA: <i>Tema 1. Manejo del impacto emocional y psicológico.</i> Presentan incertidumbre hacia la capacidad de lidiar emocionalmente con ayudar a un paciente a terminar con su vida, en vez de realizar una SA administran mediación para disminuir la clínica sin causar intencionalmente su muerte. La sensación de no poder manejar el impacto emocional, ético o psicológico era agotadora para ellos. <i>Tema 2. Creencias y valores morales.</i> Prefieren no tomar un papel activo, optan por remitir el caso a otro médico, mejorar los CP, aplazar la conversación o apoyo psicológico. <i>Tema 3. Conflictos con el rol profesional.</i> Sostienen que no forma parte de su profesión. Algunos señalaron que los deseos de los pacientes de un SA eran un problema psicológico y probablemente evitable.	Moderada

Nombre del autor; Año de la publicación	País; Diseño del estudio	Método de recolección de datos	Participantes	Objetivos	Resultados clave	Calidad
<i>Raus et al. 2014</i>	Bélgica; Estudio cualitativo multicéntrico (atención domiciliaria, oncología hospitalaria, unidades de CP hospitalarios, equipos de apoyo)	Grupo focal	8 médicos y 13 enfermeros	Identificar los factores influyentes en el uso de sedación continua	<p>Cuando el sufrimiento del paciente es existencial, se crea una barrera psicológica en los participantes a la hora de aplicar la sedación continua.</p> <p>La presencia de una buena comunicación entre todas las partes se señaló como un factor determinante a la hora de que se llevara a cabo la sedación, cuando las personas al final de la vida tienen disminuidas sus capacidades cognitivas, es percibido como una barrera ya que imposibilita la comunicación.</p> <p>Algunos médicos consideran que la SP es una alternativa a la eutanasia.</p>	Alta