

ÍNDICE*. GUÍA CLÍNICA

SEDACIÓN PALIATIVA DEL PRXPEX

S.1	Introducción	9
S.2	Metodología	13
S.3	Término y definición de sedación en el contexto de Cuidados Paliativos	19
S.4	Actitudes, prácticas y experiencias de los profesionales	27
S.5	Ámbito y lugar de la sedación	31
S.6	Síntomas que conducen con más frecuencia al uso de la sedación paliativa	35
S.7	Aspectos éticos	39
S.8	Protocolo de sedación	45
	Tratamiento farmacológico	
	Midazolam	
	Levomepromazina	
	Propofol	
	Fenobarbital	
	Clorpromazina	
S.9	Esquema general para la sedación	61
S.10	Bibliografía	65
S.11	Anexo I (tratamientos intentados “fallidos” en el control sintomático previo a la sedación)	83
S.12	Anexo II (elementos que configuran la eutanasia)	87
S.13	Anexo III	89
	Escala de Richmond	
	Escala de Ramsay	

*Índice de búsqueda avanzada

PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍA CLÍNICA

sedación paliativa del prcpex, uso y recomendaciones

S

PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍA DE SEDACIÓN PALIATIVA DEL PRCPEX

PRCPEX: Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.

AUTORES:

Como responsables de la elaboración:

Miguel Ángel Sánchez Correas (médico del equipo de Cuidados Paliativos de Badajoz).

Miguel Ángel Cuervo Pinna (médico del equipo de Cuidados Paliativos de Badajoz).

Como grupo corrector:

Raúl Sánchez Posada (médico del Equipo de Cuidados Paliativos de Coria).

M^a Paz Varillas López (médico del Equipo de Cuidados Paliativos de Plasencia).

Patricia Hernández García (médico del Equipo de Cuidados Paliativos de Cáceres).

María del Pilar Ruiz Márquez (enfermera del Equipo de Cuidados Paliativos de Zafra-Llerena)

Paloma Encinas Martínez (psicóloga del Equipo de Cuidados Paliativos de Zafra-Llerena)

Como grupo nominal de apoyo:

Luis Lázaro Pérez (coordinador del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura).

María Solano Pallero (Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura)



GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social

FS2 FundeSalud | Fundación para la Formación e Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura

**USOS Y RECOMENDACIONES DE LA
GUÍA DE SEDACIÓN PALIATIVA DEL PRCPE_x**

ÍNDICE

2	S.1	Introducción
2	S.2	Metodología
4	S.3	Término y definición de sedación en el contexto de Cuidados Paliativos
6	S.4	Actitudes, prácticas y experiencias de los profesionales
7	S.5	Ámbito y lugar de la sedación
8	S.6	Síntomas que conducen con más frecuencia al uso de la sedación paliativa
9	S.7	Aspectos éticos
11	S.8	Protocolo de sedación
		Tratamiento farmacológico
13		Midazolam
14		Levomepromazina
15		Propofol
15		Fenobarbital
16		Clorpromazina

ÍNDICE

17	S.9	Esquema general para la sedación
18	S.10	Bibliografía
24	S.11	Anexo I (tratamientos intentados “fallidos” en el control sintomático previo a la seda- ción)
26	S.12	Anexo II (elementos que configuran la euta- nasia)
27	S.13	Anexo III
27		Escala de Richmond
28		Escala de Ramsay

S.1

INTRODUCCIÓN

S.1 INTRODUCCIÓN

Algunos pacientes presentan en las últimas semanas de vida síntomas severos incontrolados, a pesar de recibir cuidados paliativos óptimos¹. La sedación puede ser el **último recurso**, en estos casos, para aliviar el sufrimiento del paciente. Por tanto, la **sedación** se plantea como una **medida terapéutica paliativa** en el paciente con **enfermedad terminal** cuando hay un **sufrimiento desproporcionado** y los **demás tratamientos** se han mostrado **ineficaces**.

Son varios los años que han pasado desde que se publicó la primera Guía de Sedación Paliativa desarrollada por el PRCPEX y, más concretamente, por su grupo de trabajo TRAPALEX (Grupo de trabajo de “Tratamientos” del PRCPEX). Desde entonces, la literatura científica relacionada con el tema ha crecido ampliamente, de tal manera que se han concretado y añadido, a partir de diferentes consensos, detalles relevantes en lo referente a la definición, términos a emplear y criterios éticos. En esta nueva Guía, y decimos nueva, porque es mucho más que una mera revisión de la anterior, se ha pretendido recoger todo lo más destacado de lo publicado en los últimos años, sobre Sedación en el contexto final de la vida. Los artículos seleccionados se agruparon en diferentes categorías, en función del tema y/o tipo de estudio, siendo estas, posteriormente, las que determinaron la estructura final de la guía:

- Término o definición de sedación: se recoge lo novedoso o destacable a partir de los últimos consensos o revisiones.

S.1 INTRODUCCIÓN

- Actitudes, prácticas y experiencia de los médicos que la indican (ampliamente recogidas en la literatura a través de estudios cualitativos, cuestionarios o entrevistas semiestructuradas).
- Diferencias según el ámbito o lugar de aplicación de la sedación (UCP, domicilio, “hospices”...).
- Síntomas que conducen con más frecuencia al uso de la sedación paliativa.
- Aspectos éticos esenciales relacionados con el tema.
- Fármacos y dosis recomendadas.

Para finalizar esta guía, los autores consideraron oportuno, como en la precedente, mantener una propuesta de protocolo de actuación, basada en un diagrama de flujo, de rápida consulta.

S.2

METODOLOGÍA

S.2 METODOLOGÍA

"Para la elaboración de esta guía se pusieron en marcha tres estrategias":

En primer lugar, el grupo redactor realizó una búsqueda bibliográfica de artículos, protocolos, recomendaciones y otros documentos de referencia, acotada a los últimos 9 años, ya que se partía de la revisión previa realizada para la elaboración de la primera guía. Seleccionó las publicaciones más relevantes e incorporó la experiencia de los profesionales médicos del PRCPEX, a través de un cuestionario elaborado para la ocasión. Así se elaboró un primer borrador del texto de la guía.

En segundo lugar, el grupo nominal validó cada fuente de información y documentos seleccionados.

En tercer lugar, un grupo corrector, constituido por el Grupo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos, realizó una segunda revisión, aportando las opiniones y correcciones oportunas.

La búsqueda bibliográfica realizada se enfocó a la recogida de información relativa al uso de la sedación en el contexto de Cuidados Paliativos (CP).

"Se revisaron artículos originales y revisiones sistemáticas más relevantes en diferentes fuentes de información electrónicas primarias".

Medline (Pubmed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/>

S.2 METODOLOGÍA

entrez?db=pubmed)

Biblioteca Cochrane (<http://www.update-software.com/Clib-plus/Clibplus.asp>)

Índice Médico Español de las Bases de Datos CSIC (http://bddoc.csic.es:8080/inicioBuscarSimple.html?tabla=docu&bd=IME&estado_formulario=show)

"Además se revisaron otras guías de práctica clínica y recomendaciones específicas en el manejo de síntomas al final de la vida. Las fuentes de información consultadas fueron":

National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>)

Trip Database (<http://www.tripdatabase.com/index.html>)

Pubgle (<http://www.pubgle.com/buscar.htm>)

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (<http://www.nice.org.uk/>)

Guía Salud. Guías de práctica clínica del SNS (<http://www.guiasalud.es/home.asp>)

La estrategia de búsqueda empleada en la principal base de datos utilizada (Pubmed) fue la siguiente:

S.2 METODOLOGÍA

“Palliative Care” [MeSH] OR
 “Terminal Care” [MeSH] OR
 “Hospice*” OR
 “End-of-life care”

AND

} “Sedation”

Además se emplearon diferentes límites para concretar los resultados:

Search in Pubmed: "end of life care" OR "hospice*" OR "terminal care" [MeSH] OR "palliative care" [MeSH] AND "sedation" Filters: Abstract available; Publication date from 2005/01/01 to 2013/10/31; Humans; English; Spanish; Field: Title/Abstract

259

A partir de los artículos hallados, y tras una primera lectura de los títulos se descartaron aquellos que no trataban directamente sobre la sedación en el contexto de Cuidados Paliativos. Posteriormente, y a través de la lectura detallada de los “abstract” se seleccionaron aquellos que los autores consideraron más relevantes, prestando especial interés en las revisiones.

El trabajo de búsqueda de información relevante, se completó con una revisión manual de la literatura, en libros específicos de Cuidados Paliativos y guiones de revistas no indexadas (Medicina Paliativa, European Journal of Palliative Care y Progress in Palliative Care, años 2005-2013).

Por último, se incorporó la experiencia recabada por los pro-

S.2 METODOLOGÍA

Profesionales médicos del PRCPEX en los 11 años de desarrollo del programa, a través de un cuestionario utilizado para la ocasión.

S.3

TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE
SEDACIÓN

S.3 TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE SEDACIÓN

Son muchas las definiciones que se han manejado en los últimos años, en lo que respecta a la sedación en el contexto de los Cuidados Paliativos. Una revisión de 2001² encontró que sólo 6 de 13 estudios, sobre sedación en pacientes con enfermedad terminal, definieron claramente el concepto sedación. Ambas cosas, probablemente, justifiquen la amplia variedad de frecuencia de sedación, registrada entre los diferentes estudios (entre el 1 y el 72%; frecuencia promedio del 25%²).

La sedación en Cuidados Paliativos ha sido nombrada de varias formas, por ejemplo, “sedación”³, “sedación terminal”^{4,5,6}, “sedación por distrés intratable ante la muerte inminente”⁷, “sedación al final de la vida”⁸, “sedación total”^{9,10}, “sedación en los estadios finales o terminales de la vida”¹¹, “sedación controlada”^{12,13}, “sedación paliativa”^{14,15} y “sedación paliativa terapéutica”¹⁶⁻¹⁸. Aunque el término sedación terminal ha sido el más usado en la literatura⁴, los últimos consensos de expertos apuntan la conveniencia de utilizar el término de sedación paliativa, ya que el objetivo de esta no es otro que aliviar o paliar síntomas incontrolables y evita el riesgo de interpretar esta como un intento de terminar con la vida del paciente. El término de consenso alcanzado en 2007 por un panel de 29 expertos de Cuidados Paliativos, tras una revisión sistemática de la literatura, fue el de **sedación paliativa terapéutica** y se definió **como el uso específico de medicación sedativa para aliviar el sufrimiento intolerable de síntomas refractarios, mediante una reducción del nivel de conciencia del paciente**¹. La European Association of Pa-

S.3 TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE SEDACIÓN

litative Care (EAPC) en su documento de consenso posterior, año 2010, define la Sedación Terapéutica (o Paliativa), en el contexto de los Cuidados Paliativos, como el uso controlado de medicamentos con el propósito de inducir un estado de conciencia disminuido o ausente (pérdida de conocimiento) y con el fin de aliviar la carga de un sufrimiento intratable, de una manera que sea éticamente aceptable para el paciente, la familia y los profesionales¹⁹.

Estas definiciones, las más recientes y las de mayor acuerdo actual, muy similares entre ambas, no se apartan demasiado de la que, a día de hoy, aún sigue adoptando la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL): **“se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”**

²⁰. Además, considera que la sedación terminal es la sedación paliativa que se utiliza en el periodo de agonía. Esta distinción, sin embargo, no se recoge en las recomendaciones de los últimos consensos sobre este tema. Más bien se refuerza, como principio ético ineludible, que la sedación paliativa se realice en el contexto temporal de los últimos días de vida del paciente con enfermedad terminal. La NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization) va más allá y recoge, en sus directrices, que la sedación paliativa sólo debe emplearse en pacientes con enfermedad terminal

S.3 TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE SEDACIÓN

y cuya muerte sea inminente. Eso sí, se introduce un nuevo término “respite sedation”, sedación respiro o temporal, que se aplica a la sedación de duración limitada utilizada con la intención de romper el círculo de dolor, ansiedad y angustia²¹. El paciente sedado, es despertado después de un período acordado (por lo general 24 a 48 horas) para evaluar el síntoma. La práctica de la sedación respiro reconoce que un síntoma podría responder a la terapia continuada o futura o bien que la capacidad del paciente para tolerar el síntoma puede mejorar después del descanso y la reducción del estrés proporcionado por la sedación²².

La EAPC, en su documento de consenso¹⁹, es aún más explícita y clarificativa a la hora de establecer las **diferentes situaciones** en las que podría emplearse la **sedación en Cuidados Paliativos**:

- Sedación transitoria para los procedimientos traumáticos o dolorosos.
- Sedación como parte del cuidado de las quemaduras.
- Sedación utilizada al final de la vida para la desconexión de la ventilación asistida.
- Sedación en el manejo de los síntomas refractarios al final de la vida.
- Sedación de emergencia, pej. sangrado masivo.
- Sedación “respiro” (“respite sedation”).

S.3 TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE SEDACIÓN

- Sedación para el sufrimiento psicológico o existencial.

Si volvemos, de nuevo, a la definición de consenso actual de Sedación Paliativa, hallamos como **palabras clave**: “**sufrimiento intolerable**” y “**síntomas refractarios**”. Sólo los pacientes pueden determinar cuando un síntoma o síntomas determinan un sufrimiento intolerable^{23,24}. Por ello, cuando estos expresan cierto grado de distrés sintomático, deberían ser interrogados en relación a si el sufrimiento es lo suficientemente severo para considerar la sedación como tratamiento¹. Únicamente en el caso de que no puedan, habría que considerar deseos implícitos expresados previamente o tener en cuenta la opinión de la familia. La definición más ampliamente aceptada para **síntoma refractario** es la recomendada por Cherny: “el término refractario puede aplicarse **cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente**”²⁴. Se debe considerar y distinguir entre síntomas refractarios y difíciles, ya que algunos síntomas que pueden parecer refractarios, en manos de un equipo experimentado, se tornan en difíciles y susceptibles de responder a un tratamiento que no comprometa la conciencia del paciente.

Algunos autores proponen seguir un **algoritmo**, basado en la respuesta a tres cuestiones, para identificar la refractariedad del síntoma (ver tabla 1)

S.3 TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE SEDACIÓN

TABLA 1: Algoritmo de identificación de refractariedad del síntoma

En caso de respuesta negativa a alguna de las cuestiones habría que considerar al síntoma/s como refractario/s²⁵.

- ¿Existen más intervenciones capaces de proporcionar mayor alivio?
- ¿La morbilidad prevista de la intervención es tolerable para el paciente?
- ¿Las intervenciones propuestas proporcionarán alivio dentro de un marco de tiempo razonable?

Aunque no en todas las definiciones de consenso actual se recoge el término de **proporcionalidad**, sí es ampliamente repetido, en las últimas directrices, que la **disminución de conciencia deberá ser sólo en grado suficiente para conseguir el alivio deseado y nunca más allá de lo estrictamente necesario**. Previamente, hasta la publicación de las últimas recomendaciones, el tipo o grado de sedación ha sido motivo de un amplio debate en la literatura. Según la EAPC la **sedación profunda sólo debiera realizarse cuando la sedación superficial se ha manifestado inefectiva, a excepción de los siguientes casos (en estos casos podría elegirse como primera opción)**¹⁹:

- el sufrimiento es intenso.
- el sufrimiento es definitivamente refractario.
- la muerte se espera en horas o pocos días.
- existe deseo explícito del paciente.

S.3 TÉRMINO Y DEFINICIÓN DE SEDACIÓN

- presencia de eventos catastróficos emergentes al final de la vida, como asfixia o hemorragia masiva.

En una revisión sistemática reciente sobre los factores determinantes en el uso de sedación paliativa continua se encontró que la edad joven, el sexo masculino, el tener cáncer, los sentimientos de desesperanza del paciente, morir en el ámbito hospitalario y profesionales médicos en favor del suicidio asistido eran factores asociados al empleo de sedación continua²⁶. Hay más consenso ético para la sedación paliativa proporcional que para la sedación profunda-coma inducido²⁷. Según Rady MY, la sedación continua profunda contravendría el principio del doble efecto porque induciría permanentemente el coma (intención de acción) y por su predecible y proporcional efecto sobre el acortamiento de la vida²⁸. En un estudio basado en un cuestionario realizado a enfermeras en Noruega, el 63% de las encuestadas consideró que la sedación paliativa profunda planteaba un problema ético cuando los pacientes no estaban involucrados en la decisión, las familias necesitaban continuar comunicándose con sus seres queridos o las enfermeras no estaban seguras del alivio de los síntomas por no poderse expresar el paciente.²⁹

S.4

ACTITUDES, PRÁCTICAS Y
EXPERIENCIAS DE LOS
PROFESIONALES

S.4 ACTITUDES, PRÁCTICAS Y EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES

Varios estudios indican amplias variaciones entre los médicos en la práctica de la sedación paliativa. Estas diferencias han sido explicadas por factores personales como , por ejemplo, la filosofía acerca de la buena muerte, las creencias en relación al efecto de la sedación sobre la supervivencia del paciente, la práctica médica, la experiencia, las prácticas religiosas y los niveles de burnout^{3,9,30-34,35}. Son varios los estudios de encuestas o entrevistas semiestructuradas a profesionales en los que se recoge la impresión de que la sedación paliativa pueda acelerar la muerte³⁶⁻³⁸. Si un profesional es incapaz de aliviar un síntoma distresante, puede verse presionado a tener que utilizar la herramienta de la sedación, pudiendo, incluso, ser desproporcionada. En un estudio realizado en Bélgica, basado en entrevistas a médicos generales sobre el proceso de toma de decisiones relacionada con la sedación profunda continua, se reconoció la ausencia de consentimiento del paciente en cerca del 30% de los casos y la intención de acelerar la muerte, parcial o explícitamente en casi la mitad de los casos³⁹. **Hay evidencia que la fatiga y burnout de los médicos provoca un incremento del uso de la sedación paliativa**^{31,40}. La percepción de la inmediatez de la muerte puede también influir en la prescripción de la sedación en lugar de otras alternativas. Otros factores relacionados con la variación de frecuencia de sedación entre profesionales son la proporción de síntomas que son considerados como refractarios y la incapacidad de conocer los deseos del paciente⁴¹. En relación a todo lo expuesto anteriormente, hay un estudio reciente que apunta a que la **decisión multidisciplinar y consensuada previa reunión**

S.4 ACTITUDES, PRÁCTICAS Y EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES

y discusión en equipo redunda en un menor uso de la sedación como herramienta paliativa⁴²

En las recomendaciones de la EAPC¹⁹ existe un epígrafe dedicado al Abuso de la sedación paliativa. Se produce cuando los médicos sedan a los pacientes que se acercan al final de su vida, con el principal objetivo de acelerar su muerte. Esto ha sido mal llamado “eutanasia lenta”. Puede ocurrir por el uso deliberado de la sedación profunda en pacientes que no tienen síntomas refractarios, o por el uso intencional de dosis que superan con creces lo que es necesario para proporcionar un alivio adecuado.

En la tabla 2 se exponen algunos ejemplos representativos de su uso imprudente.

TABLA 2: Abuso de la Sedación Paliativa	
•	Casos de evaluación insuficiente del paciente en los que se pasa por alto causas de distrés potencialmente reversibles.
•	Situaciones en las que antes de recurrir a la sedación, hay falta de colaboración con los médicos que son expertos en el alivio de los síntomas, a pesar de su disponibilidad.
•	El caso de un médico abrumado que recurre a la sedación porque está cansado y frustrado por el cuidado de un paciente sintomático complejo.
•	Situaciones en las que se genera la demanda de sedación por la familia del paciente y no por el propio paciente (según los resultados de una encuesta realizada a médicos de Atención Primaria (APS) holandeses, publicados en 2012, 1 de cada 6 manifestó haber recibido presiones por parte del paciente o su familia para iniciar la sedación ⁴³)

S.5

ÁMBITO Y LUGAR DE LA SEDA-
CIÓN

S.5 ÁMBITO Y LUGAR DE LA SEDACIÓN

La mayoría de los estudios se han realizado en unidades específicas de Cuidados Paliativos o en “hospices”. En una revisión de la literatura sobre sedación en domicilio, publicada en 2011 por Mercadante et al⁴⁴, sólo se encontraron 6 artículos que reportaran datos en relación al tema. La incidencia de sedación paliativa varió entre 5-36%. El delirium agitado, la disnea y el dolor fueron los síntomas más frecuentes que condujeron al uso de la sedación en domicilio, la duración se situó entre 1 y 3,5 días y la droga más usada fue el Midazolam (en esto no hay diferencias con respecto a los estudios realizados en el ámbito hospitalario u “hospices”). En los últimos años se han publicado algunos estudios más⁴⁵⁻⁴⁹, relacionados con la sedación paliativa realizada en domicilio, reflejando incidencias de entre el 12-14%, siendo los síntomas refractarios más frecuentes que condujeron a su uso, el delirium y la disnea. La droga más usada continuó siendo el Midazolam (93-98%).

No sorprende que la sedación sea más prevalente en el ámbito hospitalario, ya que es donde hay más pacientes terminales complejos o en peores condiciones.⁵⁰ Sin embargo, no es este el único factor a tener en cuenta en las diferentes frecuencias encontradas en relación al lugar de la aplicación de la sedación. Depende también, probablemente, del ámbito de desarrollo de los cuidados paliativos en determinadas áreas. Así en el estudio EURELD⁵⁰, realizado en 6 países europeos para estimar la frecuencia de sedación continua profunda como tratamiento de síntomas refractarios en pacientes terminales, se cumplió la premisa anteriormente ex-

S.5 ÁMBITO Y LUGAR DE LA SEDACIÓN

puesta (más sedación en hospital), excepto en Italia, donde los cuidados paliativos domiciliarios tienen un alta difusión (sobre todo, en las áreas que participaron en dicho estudio).

Recientemente, en un estudio cualitativo conducido en Bélgica y basado en entrevistas a médicos de APS, se apunta la necesidad de tener en cuenta en las futuras recomendaciones o directrices sobre sedación paliativa, el deseo del paciente a morir en casa y, por tanto, la posibilidad de emplear esta herramienta como preventiva para evitar un inútil traslado al hospital en el caso de complicaciones inabordables en dicho ámbito⁵¹.

S.6

SÍNTOMAS QUE CONDUCEN
CON MÁS FRECUENCIA AL USO
DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

S.6 SÍNTOMAS QUE CONDUCEN CON MÁS FRECUENCIA AL USO DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

Además de la amplia variación en la frecuencia de sedación, el análisis de la literatura refleja algunas diferencias en los síntomas que ocurren al final de la vida. En una revisión de 2007 un panel de expertos de Cuidados Paliativos encontró 22 series de casos (total 936 pacientes) donde se describía la sintomatología de las últimas semanas de vida^{3,11,52-69}. En estos estudios, la razón más frecuente para sedación paliativa fue el **delirium y/o la inquietud/agitación terminal** sin respuesta adecuada a haloperidol u otras drogas (55%). Otras razones fueron **disnea** (27%), **dolor** (18%) y **náuseas/vómitos** (4%). Estudios posteriores a dicha revisión han confirmado dichas causas, como las más frecuentes para el empleo de la sedación como herramienta paliativa^{45,70-77}. El reconocimiento del **sufrimiento psicológico** como causa de **sedación** es reciente, y la indicación de ésta puede ser éticamente permisible en casos excepcionales⁷⁴, siempre **que sea proporcional al intenso sufrimiento** del paciente, estemos **seguros de haber agotado todas las opciones de alivio** y contemos con el **consentimiento claramente explicitado por un paciente autónomo y competente**. El distrés psicológico como causa de sedación es de reciente inclusión y casi de forma sistemática en países no anglosajones^{2,78}. De hecho, los Comités éticos de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)²¹ y de la Veterans Health Administration (VHA)²⁵, concluyen que habiendo revisado cuidadosamente los datos y argumentos a favor y en contra del uso de sedación paliativa para el sufrimiento existencial, el primero no es capaz de alcanzar un acuerdo sobre una recomendación relativa a esta práctica y el se-

S.6 SÍNTOMAS QUE CONDUCEN CON MÁS FRECUENCIA AL USO DE LA SEDACIÓN PALIATIVA

gundo desaconseja su uso en ausencia de síntomas físicos severos y refractarios.

En la tabla 3 pueden verse las condiciones que expone la EAPC¹⁹, con respecto al uso de la sedación en estos casos:

TABLA 3: Sedación Paliativa en casos de distrés psicológico y/o existencial. Directrices de la EAPC	
•	Se debe reservar para los pacientes en etapas avanzadas de una enfermedad terminal.
•	El catalogar los síntomas como refractarios sólo debe hacerse después de un período de repetidas evaluaciones por médicos expertos en atención psicológica que han establecido una estrecha relación con el paciente y su familia junto con las terapias y enfoques rutinarios para la ansiedad, la depresión y la angustia existencial.
•	La evaluación debe hacerse en el contexto de una sesión de caso multidisciplinar, integrada por representantes de la psiquiatría, la capellanía y la ética, así como los que integran el equipo terapéutico habitual.
•	En las raras situaciones en que esta estrategia (la sedación paliativa) sea adecuada y proporcionada a la situación, debe iniciarse de forma intermitente (sobre una base de descanso de 6-24 horas titular a la baja, transcurrido ese intervalo previamente acordado)
•	La sedación continua sólo debe ser considerada después de ensayos repetidos de la sedación respiro ("respite sedation").

Eric Cassell, critica la posición de la AMA (American Medical Association) en relación a la no aceptación del sufrimiento existencial intolerable como indicación de sedación. El sostiene que esta postura refleja una incomprensión fundamental de la naturaleza del sufrimiento humano y puede privar a algunos pacientes del alivio de su angustia terminal de difícil solución⁷⁹.

S.7

ASPECTOS ÉTICOS

S.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por otra parte, son varios los artículos que hacen referencia a los aspectos éticos relacionados con la sedación paliativa. Las guías clínicas consultadas^{4,14,24,80-88} en relación a este tema recogen, más o menos explícitamente, las consideraciones éticas que deben aplicarse para su uso adecuado. La sedación de un enfermo terminal puede ser una decisión compleja, que tiene implicaciones físicas, éticas y morales, sobre todo cuando nos referimos a la sedación profunda.

"Para que la **sedación sea considerada ética y legalmente lícita** debe reunir una serie de condiciones":

1. Se plantea ante un **síntoma refractario**, no ante un síntoma de difícil control. En anexo I se exponen algunas medidas a tener en cuenta antes de considerar un síntoma como refractario⁶⁹, teniendo presente, siempre, que la morbilidad prevista de la intervención sea tolerable para el paciente y que las intervenciones propuestas proporcionen alivio dentro de un marco de tiempo razonable⁸⁹.
2. Dejar **constancia en la historia clínica**: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a éstos.
3. Intención de **aliviar el sufrimiento**: utilización de **dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar** (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media corta.

S.7 ASPECTOS ÉTICOS

4. Se debe ajustar la dosis y la combinación de fármacos a la **disminución de conciencia suficiente**. La **monitoreización de la respuesta** del paciente al fármaco es fundamental para lograr aliviarlo del sufrimiento causado por un síntoma refractario.
5. Se debe obtener **siempre el consentimiento informado del paciente**⁸⁹. Sin embargo, en ocasiones, cuando nos encontramos ante pacientes frágiles o con delirium, depresión y ansiedad en los últimos días de vida, o con mecanismos de negación, resulta difícil obtener un consentimiento informado, por lo que se puede considerar suficiente el consentimiento expresado por alguien de la familia en quien el paciente haya podido delegar. Es de gran importancia que la familia participe en la toma de decisiones junto con el paciente y el equipo médico. Cuando la sedación se plantea ante un intenso sufrimiento psicoemocional refractario a todos los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, se requiere el consentimiento explícito de un paciente informado y que comprenda las consecuencias de su decisión. Existe, no obstante, un vacío importante con respecto a la información de la toma de decisiones y consentimiento informado en la mayoría de los estudios publicados. En aquellos en los que se hace referencia a ello existe una amplia variación².
6. **Evaluación interdisciplinar.**
7. Debe proporcionarse **por profesionales altamente**

S.7 ASPECTOS ÉTICOS

entrenados y siempre bajo su indicación (muchos autores, proponen que es de obligado cumplimiento la valoración previa de un equipo específico de Cuidados Paliativos; sin esta premisa nunca podría hablarse de refractariedad⁸⁹).

No existe evidencia que la administración de sedación proporcional acorte la vida, ya que varios estudios retrospectivos no mostraron diferencias en la supervivencia entre los pacientes sedados y no sedados en las últimas semanas de vida^{3,11,55,57,62,90,91}. Así se desprende también de las conclusiones de dos revisiones sistemáticas publicadas en los 2 últimos años (2012 y 2013)^{77,92}.

Apoyándose en esto último, existen varios artículos de opinión en la literatura, que defienden la idea de la irrelevancia de la doctrina del doble efecto como justificación ética de la Sedación Paliativa.

No hay una única formulación del doble efecto, sino muchas. Una de las formulaciones más clásicas, se recoge en la tabla

S.7 ASPECTOS ÉTICOS

TABLA 4: Doctrina del doble efecto. Elementos.

<ul style="list-style-type: none"> • El acto tiene que ser bueno, o al menos indiferente.
<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos buenos y malos se siguen inmediata y simultáneamente del acto. Es decir, que no se puede obtener el bueno por medio del malo [simultaneidad].
<ul style="list-style-type: none"> • Se busca sólo el bueno –aliviar el dolor– y se tolera el malo –la muerte; [intencionalidad].
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene que existir cierta proporción entre el efecto bueno querido y el malo [proporcionalidad].

El doble efecto intenta señalar qué relación hay entre el acto intencional y sus consecuencias, para deducir si éstas pueden ser aceptables. Es lo que se llama un principio de descargo. Si hablamos de la sedación paliativa aplicada en un paciente en sus últimos días o semanas de vida, no tiene mucho sentido acudir al doble efecto, porque el conflicto no es tanto entre la desaparición del síntoma y la muerte, si no entre la desaparición de éste y la pérdida de la conciencia. Afirmar que la sedación en este contexto puede precipitar la muerte de un paciente que se está muriendo no es sino una tautología. Ahora bien, esta es una situación clínica en la que tenemos que dar razones para justificar la eliminación de la conciencia de una persona, y que por ello sólo debe plantearse tras el fracaso de la aplicación correcta de las medidas habituales, y ante síntomas refractarios que inciden gravemente en la calidad de vida del paciente⁹³.

S.7 ASPECTOS ÉTICOS

La sedación no significa ningún cambio de actitud respecto al control de síntomas físicos o psíquicos, que es el objeto primario de la intervención paliativa, pero sí de los medios utilizados para conseguir ese control, y la corrección ética requiere que se cumplan las condiciones derivadas de los principios de no maleficencia y autonomía⁷¹.

El **principio o doctrina del doble efecto**, sí parece adquirir **mayor relevancia ética en la sedación aplicada a pacientes en situación avanzada de enfermedad, pero en los que no se tiene constancia clara o definida de situación de últimos días o semanas de vida**. Es en este contexto donde se centra el debate de la mayoría de los artículos de opinión que discuten la relación de la Sedación Paliativa con la Eutanasia o Suicidio Asistido. La doctrina del doble efecto podría apelarse en estos casos, como **justificación ética, atendiendo a la intención (alivio del sufrimiento, nunca muerte) y la proporcionalidad (reducción del nivel de conciencia suficiente para aliviar, tratar el síntoma/s que induce/n sufrimiento)**.

En el anexo II se recogen exactamente los elementos que caracterizan a la Eutanasia y una tabla donde se pueden ver las diferencias con la Sedación Paliativa, desde el punto de vista ético.

S.8

PROTOCOLO DE SEDACIÓN
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Muchos de los trabajos relacionados con la sedación en los Cuidados Paliativos hacen referencia también a las drogas utilizadas, sus dosis y titulación. También en esto existen variaciones en función del equipo o recurso de CP de que se trate, así como del país o región. No obstante, el fármaco más utilizado, es el Midazolam, descrito en aproximadamente 2/3 de todos los estudios^{6-8,10,12,13,15-18,58,90,94-96}. El antipsicótico más comúnmente utilizado con el propósito de sedación es la levomepromazina, a menudo en asociación con benzodiacepinas. Fenobarbital y propofol son usados más infrecuentemente, a menudo como drogas sedativas de último recurso. Las medianas de dosis (mg/día) usadas en las últimas 48 horas de vida son: Midazolam: 30-45 (3-1200) Levomepromazina 100 (25-250), Fenobarbital (800-1600) (200-2500) y Propofol 500 (400-9600)¹.

En una revisión de la literatura de la sedación terminal en medicina paliativa⁶ se encontraron, entre los diferentes estudios incluidos, 11 drogas diferentes usadas para este fin. Las dosis empleadas fueron muy dispares hallándose amplios rangos de dosis para cada fármaco. El fármaco más empleado fue el midazolam, y la mayoría recibió opioides de forma concomitante. Ninguna droga fue superior a otra para sedación o toxicidad. El fallo primario a una droga no impidió la respuesta a otra.

Los resultados de esta revisión, no obstante, no son concluyentes, ya que los estudios identificados fueron 13 series de casos y 14 informes de casos (“case report”). No se halló nin-

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

gún ensayo clínico en relación a este tema. Esta ausencia de nivel de evidencia es también apuntada por otros autores en su intento de desarrollar una guía de práctica clínica¹⁴. Todas ellas se limitan fundamentalmente, pues, a definir y clasificar los tipos de sedación, sus indicaciones y sus condiciones éticas de aplicación. **Por la ausencia de evidencia no existen recomendaciones con respecto a qué droga debe usarse, estableciéndose sólo recomendaciones generales.** Así, algunos autores apuntan que las drogas ideales para sedación deben ser aquellas que tengan rapidez de acción, sean fáciles de titular y presenten mínimos efectos secundarios⁷. Otros hacen algunas consideraciones con respecto a la dosis inicial a utilizar, titulación y dosis máxima⁸².

Según estos autores, la dosis inicial dependerá de:

- exposición previa a opioides y desarrollo de tolerancia a los mismos,
- edad del paciente,
- historia previa de abuso a drogas o alcohol, enfermedad y disfunción orgánica subyacente,
- nivel de conciencia previo y deseos o consideraciones del paciente en relación a la sedación.

Para la titulación recomiendan el uso de la escala de Ramsay o escalas tipo Likert y que el incremento de dosis se realice en función de:

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- petición del paciente,
- persistencia de distrés respiratorio,
- signos fisiológicos del tipo taquicardia, HTA, diaforesis, llanto (lágrimas), vocalización con movimientos, muecas faciales o inquietud.

En cuanto a las dosis máximas, estos defienden su inexistencia en función de que cada paciente requerirá una dosis distinta.

Cherny y Portenoy recomiendan **seleccionar los fármacos a las dosis mínimas que se necesiten para controlar los síntomas, ajustándolas según precise el enfermo** (respondería a uno de los criterios éticos de la sedación: **disminución del nivel de conciencia proporcional al efecto que se pretende conseguir**)²⁴. Según Morita, **evaluando la elección médica del sedante, su dosis y el método de administración, puede hacerse una interpretación aproximada de la intención médica** con esta intervención. Teniendo en cuenta el alivio sintomático como objetivo principal de la sedación, los profesionales deberían iniciarla con dosis bajas, titulando con precaución según se requiera. La escalada de dosis o el mantenimiento de potenciales drogas acumulativas pueden no estar justificados en aquellos casos donde ya se ha alcanzado el control sintomático^{18, 97-99}.

De los manuales y libros de texto consultados consideramos de especial interés las recomendaciones de Porta en

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

el “Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal”¹⁰⁰ ya que se basan, al igual que recomendaban Hawryluck y colaboradores⁸², en datos como la edad del paciente, su exposición previa a opioides, la causa subyacente, etc. Además, también titula en función del nivel de sedación, factores fisiológicos, movimientos, muecas...

Así tras iniciar la sedación sugerimos:

1. **Revisar, periódicamente el nivel de sedación** del paciente (**escala de Ramsay**¹⁰¹ o **escala de Richmond**¹⁰²; ver anexo III; esta última escala es la recomendada por la EAPC, teniendo pruebas psicométricas de validez y fiabilidad^{103,104} y habiendo sido testada recientemente en población española con cáncer avanzado¹⁰⁵.)

2. **Evaluar sistemáticamente y dejar constancia en la historia clínica** los siguientes datos:

- Respuesta ante la estimulación:
 - * Despertar tranquilo
 - * Despertar angustiado
 - * Movimientos erráticos
- Temperatura.
- Secreciones bronquiales.

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Movimientos musculares (faciales o corporales) espontáneos.
- Reacción y estado emocional de la familia. Muchos familiares expresan descontento con la información recibida y la comunicación en general con los profesionales sanitarios durante la sedación¹⁰⁶

3. Proporcionar siempre:

- Presencia.
- Comprensión.
- Privacidad.
- Disponibilidad.

Los **grupos de FÁRMACOS** utilizados en sedación están claramente establecidos en el artículo de Krakauer⁷:

1. **Benzodiacepinas:** prototipo: **Midazolam**, fármaco más utilizado en sedación.
2. **Neurolépticos:** prototipos: **Levomepromazina o Clorpromazina:** más sedativos que haloperidol. (Por vía subcutánea se recomienda usar Levomepromazina en lugar de Clorpromazina).
3. **Barbitúricos:** prototipo: **Fenobarbital**, ya que está permitido su uso por vía subcutánea.

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4. **Anestésicos** prototipo **Propofol**: Inicio rápido de acción, duración ultracorta, fácil y rápidamente controlable mediante titulación de dosis en infusión continua.

MIDAZOLAM:

Benzodiazepina hidrosoluble, por lo que puede administrarse por vía sc de forma segura. Es entre 2 y 3 veces más potente que el diazepam. El inicio de acción por vía sc está entre 5 y 10 minutos. La vida media plasmática es de 2-4 horas. Las dosis empleadas en sedación varían según los estudios que se consideren. La EAPC recomienda como dosis de inicio entre 0,5-1mg/h y como dosis efectiva habitual 1-20 mg/h¹⁹.

Protocolo de uso recomendado:

Vía subcutánea (sc)

- Administrar un bolus de inducción.
- Si se piensa en una sedación intermitente indicar sólo la dosis de rescate.
- Si se piensa en una sedación continua o a ritmo variable iniciar una infusión subcutánea continua (ICSC) e indicar la dosis de rescate.

En pacientes que **no** tomaban **benzodiazepinas** previa-

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

mente o muy debilitados:

- a. **Dosis de inducción en bolus: 2.5-5 mg**
- b. **Dosis de rescate: 2.5-5 mg**
- c. **Dosis inicial en ICSC: 15-30 mg en 24 horas**

En pacientes con benzodiacepinas previas:

- a. **Dosis de inducción en bolus: 5-10 mg**
- b. **Dosis de rescate: 5-10 mg**
- c. **Dosis inicial en ICSC: 30-60 mg en 24 horas**

Via endovenosa (ev):

- Administrar un bolus de inducción (**diluir una ampolla de midazolam 15 mg/3ml en 7 ml de fisiológico, en una jeringa de 10 ml. Quedaría una dilución 1 ml = 1.5 mg**).
 - Administrar el bolus de inducción cada 5 minutos, con supervisión directa del médico o de la enfermera, hasta que el paciente esté en Ramsay II o III. La dosis requerida será la dosis de inducción.
- Si se indica una sedación intermitente indicar sólo las dosis de rescate, que serán iguales a la dosis de inducción requerida.

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Si se indica sedación continua o a ritmo variable inicie una infusión endovenosa continua (ICEV) e indique las dosis de rescate (ICEV = dosis inducción x 6; dosis de rescate = dosis de inducción).

En pacientes que **no** tomaban **benzodicepinas previamente o muy debilitados**:

- **Dosis de inducción en bolus: 3 mg (2 ml) cada 5 minutos.**

En pacientes **con benzodicepinas previas**:

- **Dosis de inducción en bolus: 4,5-6 mg (3-4 ml) cada 5 minutos.**

Nota: en caso de requerir una sedación rápida y profunda (Ramsay V o VI) doblar las dosis recomendadas.

Ajuste de dosis, titulación:

Existen varias opciones o estrategias, pudiendo escogerse cualquiera de ellas (a determinar por el profesional en función de su experiencia o según la situación clínica):

- **Ajuste rápido:** Si el paciente requiere tres o más dosis en las primeras 6 horas, incrementar la infusión, de acuerdo con los rescates necesitados (como término medio subir un 50%). Posteriormente, es aconsejable subir también la dosis del rescate (entre un 33 y un

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

50%). Esta pauta puede volver a repetirse, durante las primeras 12-24 horas.

- Ajuste estándar: Se suman todas las dosis de rescate utilizadas durante las primeras 24 horas, añadiéndolas a la dosis previamente indicada. La nueva dosis, por tanto, se obtendrá de sumar la dosis basal inicial con el total de dosis de rescate administradas. A su vez, conviene recalcular la dosis de rescate cada vez que subamos la dosis basal, debiendo ser esta 1/6 de la nueva dosis total diaria.
- Dosis máxima diaria de Midazolam: 240 mg/día. En caso de no lograr el nivel de sedación adecuado con esta dosis, añadir levomepromazina o cambiar a fenobarbital o propofol.

LEVOMEPROMAZINA (ampollas de 25mg/1ml):

Fenotiacina con acción antipsicótica, antiemética y sedante. Es un potente antagonista simpático alfa 1, dopaminérgico D2 y serotoninérgico 5HT2. Puede producir hipotensión intensa que es dosis dependiente. Tiene una vida media plasmática de 15- 30 horas. La dosis de inicio recomendada por la EAPC es de 12,5-25 mg, seguida de una infusión continua de 50-75 mg/d. Como dosis efectiva usual recoge la de 12,5-25 mg cada 8 horas, con rescates horarios, si episodios de agitación, entre intervalos de dosis o hasta 300 mg/d en

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

infusión continua¹⁹. Dosis diaria máxima recomendada parenteral: 300 mg/día.

Protocolo de uso recomendado:

- **Vía subcutánea o intravenosa:**
- **Dosis de inducción en bolus: 12.5-25 mg**
- **Dosis de rescate: 12.5 mg-25 mg, cada hora si fuera necesario¹⁰⁷**

Dosis inicial en ICSC o en IEVC: 50-100 mg/24 h. Puede optarse por dosis en bolus, de 12,5 mg a 25 mg cada 4-8 horas, sc o ev.

- Si se produce fallo a midazolam antes de iniciar la levomepromazina reducir a la mitad la dosis de midazolam, para prevenir síntomas de privación. En los siguientes días reducir midazolam un 33% de la dosis total diaria, según la evolución clínica. Según la experiencia de gran parte de los médicos de los ESCP de Extremadura, es necesario mantener las dosis previas de Midazolam para alcanzar una sedación adecuada (ante la refractariedad a dosis altas de Midazolam, la mayoría opta por asociar Levomepromazina, sin reducir dosis de Midazolam).

Ajuste de dosis, titulación:

Sumar todas las dosis de rescate utilizadas durante las pri-

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

meras 24 horas, añadiéndolas a la dosis previamente indicada. La nueva dosis, por tanto, se obtendrá de sumar la dosis basal inicial con el total de dosis de rescate administradas.

Si se hubiera optado por dosis en “bolus”, en lugar de infusión continua, se aconseja aumentar la dosis pautada entre un 50 y un 100%, en caso de tres o más dosis de rescate entre cada intervalo de dosis. En caso de alcanzar la dosis máxima de 300 mg/d sin haber alcanzado un nivel de sedación adecuado, debería asociarse midazolam como segundo fármaco o pensar en cambiar a fenobarbital o propofol.

PROPOFOL:

Anestésico general de acción ultracorta. Reduce el flujo cerebral, disminuye la presión intracraneal y tiene efecto antiemético. El inicio de acción es de 30 segundos y la vida media plasmática es de 40 minutos a 1 hora. Existen varios artículos donde se recoge su experiencia de uso en sedación^{7,108-112}.

- El Propofol debe generalmente administrarse sin diluir, en solución al 1% (10 mg/ml) y a través de una bomba de perfusión endovenosa. (si fuera necesario puede diluirse en Glucosado al 5% inmediatamente antes de la infusión). El dolor en el lugar de la inyección puede minimizarse usando un acceso venoso central o mediante la coadministración de lidocaína:

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- 1 ml de Lidocaína 1% iv antes del inicio de propofol o
- mezclar lidocaína con propofol inmediatamente antes de comenzar la infusión, no excediendo de una concentración de 20 mg de lidocaína/200 mg de propofol.
- Generalmente **comenzar con dosis entre 0,5-1 mg/Kg/h IV**. Si es necesario, **incrementar 0,25-0,5 mg/kg/h cada 5-10 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado**. La mayoría de los pacientes responden a dosis entre 1-2 mg /kg/h IV. Algunos autores aconsejan retirar, previamente, benzodiacepinas y neurolépticos, así como reducir la dosis de opioide a la mitad¹⁰⁰
- Para incrementar el nivel de sedación más rápidamente, puede administrarse un bolus de dosis, incrementando el ritmo de infusión a 1mg/kg/min durante 2 a 5 minutos.
- La monitorización del paciente debe ser estrecha durante la primera hora de tratamiento, tanto en lo que respecta al alivio sintomático como del nivel de sedación. Posteriormente, lo recomendable sería continuar la monitorización a las 2, 6 y 12 h.
- Si el paciente estuviera excesivamente sedado y/o hay evidencia de depresión respiratoria inducida por el fármaco, interrumpir la infusión de propofol durante 2 ó 3 minutos y reiniciar con una dosis más baja.
- **El uso de dosis superiores a 4 mg/kg/h no se recomien-**

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

da porque incrementa el riesgo de efectos indeseables. Si el paciente no respondiera a las anteriores dosis, se recomienda suplementar con dosis de midazolam en ICSC.

- Algunos autores proponen iniciar la sedación mediante dosis de inducción, al igual que con otros fármacos. Las dosis que se proponen son de 0,25-0,5 mg/kg iv, administrado lentamente en 3-5 minutos y repitiéndose cada 5-10 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación adecuado. A partir de este momento se pasaría a utilizar una dosis de mantenimiento de 0,5-1 mg/kg/h (de 500 a 1100 mg por día), con dosis extras cada vez que se precisara e incrementos del ritmo de infusión de 0,25 a 0,5 mg/kg/h cada 30-60 minutos. Las dosis extras (rescates) pueden ser necesarias en los cambios de turnos, previo al aseo y antes de maniobras potencialmente dolorosas.

- Las dosis requeridas pueden disminuir un 20-30% en pacientes ancianos, debilitados o hipovolémicos.

FENOBARBITAL (ampollas 200mg/ml)^{1,19,22,69,100,109,113}

Barbitúrico de acción prolongada, su vida media plasmática está entre 50 y 150 horas. La dosis de inicio suele recomendarse que se administre por vía intramuscular (im.), debido a la naturaleza irritante del fármaco por vía subcutánea. Tras administración intramuscular se alcanza el pico plasmático en 2 horas. La dosis media máxima es de 1600 mg/d.

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Algunos autores, recomiendan antes de iniciar la perfusión de Fenobarbital suspender las benzodiacepinas y/o neurolépticos que se estuvieran usando previamente, y reducir la dosis opioide a la mitad¹⁰⁰

Vía subcutánea (NO mezclar con otros fármacos):

- **Dosis de inducción: 100-200 mg im.** (preferible a la subcutánea en bolo por su carácter irritativo)
- **Dosis de rescate: 100-200 mg im.**
- **Dosis inicial en ICSC: 600-800 mg/24 horas.**

Si fuera necesario puede ascenderse dosis progresivamente, de 800 hasta 1600 mg/d (con dosis intermedia de 1200 mg/d). Sólo en casos excepcionales es necesario emplear dosis máxima de 2400 mg/d.

Vía endovenosa (NO mezclar con otros fármacos):

- **Dosis de inducción en bolus: 2 mg/kg lento.**
- **Dosis inicial en ICEV: 1 mg/kg/h y ajustar según respuesta.**

CLORPROMAZINA^{19,70}

Antipsicótico ampliamente disponible que puede ser admi-

S.8 PROTOCOLO DE SEDACIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Ventajas: Efecto antipsicótico, para pacientes en delirium.
- **Dosis de inicio: IV o IM 12.5 mg cada 4–12 horas, o 3–5 mg/hora IV .**
- **Dosis efectiva usual: Parenteral 37.5–150 mg/día.**
- Efectos adversos: hipotensión ortostática, agitación paradjica, síntomas extrapiramidales y efectos anticolinérgicos.

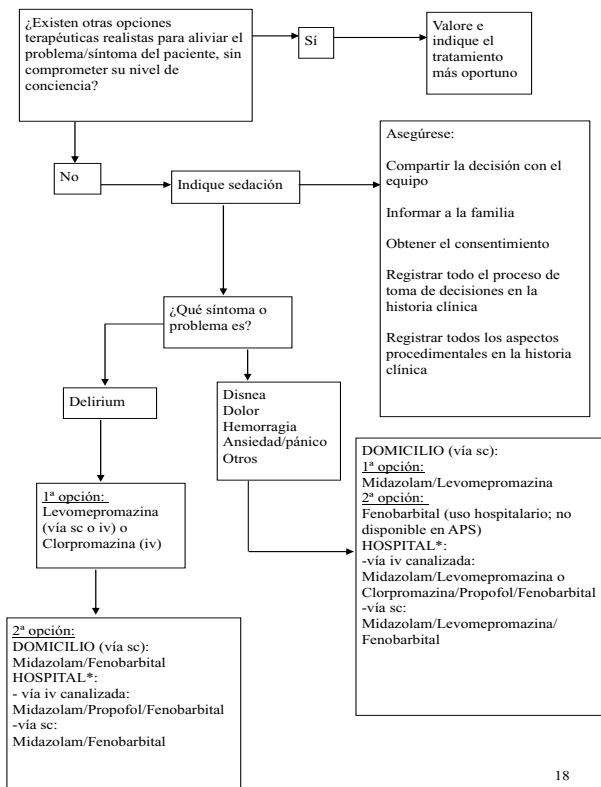
S.9

ESQUEMA GENERAL PARA
LA SEDACIÓN

S.9 ESQUEMA GENERAL PARA LA SEDACIÓN

Como esquema general para la sedación, recomendamos seguir este protocolo de actuación (modificado de Porta “Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal”¹⁰⁰):

S.9 ESQUEMA GENERAL PARA LA SEDACIÓN



S.10

BIBLIOGRAFÍA

S.10 BIBLIOGRAFÍA

1. De Graeff A, Dean M. Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of life. A Literature Review and Recomendations for Standards. *J Palliat Med.* 2007;10(1):67-85.
2. Porta-Sales J. Sedation and terminal care. *Eur J Palliat Care.* 2001; 8(3):97-100.
3. Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med.* 1997;11:140-144
4. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: The role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med.* 2000; 132(5):408–414.
5. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. Sedation for intractable distress in the dying—a survey of experts. *Palliat Med.* 1998 Jul;12(4):255-269.
6. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine—Definition and review of the literature. *Support Care Cancer.* 2001 Sep;9(6):403-407.
7. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ J. Sedation for intractable distress of a dying patient: Acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist.* 2000;5(1):53-62.
8. Furst CJ, Hagenfeldt K. End-of-life sedation-Definition and clinical guidelines needed. *Lakartidningen.* 2002;99:3830-

S.10 BIBLIOGRAFÍA

3835.

9. Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, Gallucci M, Brunelli C, Costantini M, et al. Home palliative care for terminal cancer patients: A survey on the final week of life. *Palliat Med.* 1999;13(3):233–241.
10. Goldstein-Shirley J, Fine PG. Ethics of total sedation, total sedation educational resources draft, prepared by a Task Force of the NHPCO Ethics Committee (Session 8A, March 25, 2001), pp. 3–8.
11. Müller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care—A critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care.* 2003;2:2.
12. Salacz ME, Weissman DE. Controlled sedation for refractory suffering: part I. *J Palliat Med.* 2005;8:136–138.
13. Taylor BR, McCann RM. Controlled sedation for physical and existential suffering? *J Palliat Med.* 2005;8:144–147.
14. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med.* 2003;6(3):345–350.
15. Broeckert B, Nunez Olarte JM. Sedation in palliative care: Facts and concepts. In: Ten Have H, Clark D, editors. *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives*. Buckingham: Open University Press; 2002. p 166-180.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

16. Beel A, McClement SE, Harlos M. Palliative sedation therapy: a review of definitions and usage. *Int J Palliat Nurs*. 2002;8:190–199.

17. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Proposed definitions for terminal sedation. *Lancet*. 2001;358:335–336.

18. 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.

19. Cherny NI, Radbruch L. Board of the European Association for Palliative Care: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009 Oct;23(7):581-93.

20. Porta-Sales J, Núñez-Olarte JM, Altisent R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz D et al. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Med Pal*. 2002; 9:41-6.

21. Timothy W. Kirk, PhD, and Margaret M. Mahon, PhD, RN, FAAN, for the Palliative Sedation Task Force of the National Hospice and Palliative Care Organization Ethics Comité: 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(5):914-23.

22. Hospice Palliative Care Program. Fraserhealth. Refrac-

S.10 BIBLIOGRAFÍA

tory Symptoms and Palliative Sedation Therapy Guideline

23. Mount BM. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care*. 1996;12:31-37.

24. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*. 1994;10:31-38.

25. National Ethics Committee, Veterans Health Administration: The Ethics of Palliative Sedation as a Therapy of Last Resort. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007; 23: 483.

26. Van Deijck RH, Hasselaar JG, Verhagen SC, Vissers KC, Koopmans RT. Determinants of the Administration of Continuous Palliative Sedation: A systematic review. *J Palliat Med*. 2013;16:1624-1632.

27. Quill TE, Lo B, Brock DW, Meisel A. Last-resort options for palliative sedation. *Ann Intern Med*. 2009 Sep 15;151(6):421-4.

28. Rady MY, Verheijde JL. Continuous deep sedation until death: palliation or physician-assisted death?. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010 May;27(3):205-14.

29. Venke Gran S, Miller J. Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *Int J Palliat Nurs*. 2008 Nov;14(11):532-8.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

- 30.** Morita T. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. *Support Care Cancer*. 2004;12:584-592.
- 31.** 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;20:758-764.
- 32.** Elger BS, Chevrolet JC. Attitudes of health care workers towards waking a terminally ill patient in the intensive care unit for treatment decisions. *Intensive Care Med*. 2003;29(3):487-490.
- 33.** Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL, Rosenthal GE, Vaughan-Sarrazin M, Duffy TP. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. *J Med Ethics*. 2004;30:499-503.
- 34.** Morita T, Hirai K, Akechi T, Uchitomi Y. Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy and euthanasia: A multidimensional scaling analysis on physicians and the general populations' opinions. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25:357-362.
- 35.** Seymour J, Rietjens J, Brown J, van der Heide A, Sterckx S, Deliens L. UNBIASED study team. The perspectives of clinical staff and bereaved informal care-givers on the use of continuous sedation until death for cancer patients: The study protocol of the UNBIASED study. *BMC Palliat Care*.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

2011 Mar 4;10:5.

36. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Continuous deep sedation until death in Belgium: a survey among nurses. *J Pain Symptom Manage.* 2011 May;41(5):870-9.

37. Swart SJ, Rietjens JA, Brinkkemper T, van Zuylen L, van Burg-Verhage WA, Zuurmond WW et al. Palliative sedation largely in accordance with Dutch national guideline. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2011;155:A2857.

38. 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 Jan;17(1):33-41.

39. Anquinet L, Rietjens JA, Van den Block L, Bossuyt N, Deliens L. General practitioners' report of continuous deep sedation until death for patients dying at home: a descriptive study from Belgium. *Eur J Gen Pract.* 2011 Mar;17(1):5-13.

40. Coyle N, Adelhardt J, Foley K, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage.* 1990;5:83-93.

41. Roy DJ. Euthanasia and withholding treatment. In: Doyle D, Hanks GWC, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 84-97.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

42. Koike K, Teru T, Takahashi Y, Hirayama Y, Mizukami N, Yamakage M, et al. Effectiveness of multidisciplinary team conference on decision-making surrounding the application of continuous deep sedation for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care*. 2013 Nov;4:1-8.
43. Blanker MH, Koerhuis M, Swart SJ, Zuurmond WW, van der Heide A, Perez RS et al. Pressure during decision making of continuous sedation in end-of-life situations in Dutch general practice. *BMC Fam Pract*. 2012 Jul 3;13:68.
44. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V; Home Care Italy Group. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Apr;41(4):754-60.
45. Alonso-Babarro A, Varela-Cerdeira M, Torres-Vigil I, Rodríguez-Barrientos R, Bruera E: At-home palliative sedation for end-of-life cancer patients. *Palliat Med*. 2010 Jul;24(5):486-92.
46. Rosengarten OS, Lamed Y, Zisling T, Feigin A, Jacobs JM. Palliative sedation at home. *J Palliat Care*. 2009 Spring;25(1):5-11.
47. Barathi B: Palliative sedation at home. *Indian J Palliat Care*. 2012 Jan; 8(1):74-7.
48. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Adile C et al; Home Care–Italy Group (HOCAI). Palliative sedation in

S.10 BIBLIOGRAFÍA

advanced cancer patients followed at home: a retrospective analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Jun;43(6):1126-30.

49. Mercadante S, Porzio G, valle A, Aielli F, Casuccio A. Palliative Sedation in Patients With Advanced Cancer Followed at Home: A prospective Study. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Oct 5 [Epub ahead or print].

50. Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliens L, Paci E, Bosshard G, Nilstun T et al; on behalf of the EURELD Consortium. Continuous deep sedation: Physicians' experiences in six European countries. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31:122-129.

51. Sercu M, Pype P, Christiaens T, Derese A, Deveugele M. Belgian General Practitioners' Perspective on the Use of palliative Sedation in End-of-Life Home Care: A Qualitative Study. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Oct 4 [Epub ahead or print].

52. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M, Nunez-Olarte JM, deMoissac D: A multi-center international study for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med*. 2000;14(4):257-265.

53. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Maceachern T. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care*. 1991;7:5-11.

54. Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

J Pain Symptom Manage. 1998;16:145-152.

55. Kohara H, Ueoka H, Takeyama H. Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress. J Palliat Med. 2005;8:20-25.

56. Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: The importance of intermittent use and communication with family members. J Pain Symptom Manage. 1996;12:32-38.

57. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. J Palliat Care. 1990;6:7-11.

58. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Terminal sedation for existential distress. Am J Hosp Palliat Care. 2000;17:189-195.

59. Bottomley DM, Hanks GW. Subcutaneous midazolam infusion in palliative care. J Pain Symptom Manage. 1990;5:259-261.

60. Burke AL, Diamond PL, Hulbert J, Yeatman J, Farr EA: Terminal restlessness—Its management and the role of midazolam. Medical J Aust. 1991;155:485-487.

61. Cameron D, Bridge D, Blitz-Lindeque J. Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. S Afr Med J. 2004;94:445-449.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

62. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21:467-472.
63. Fainsinger RL. Use of sedation by a hospital care support team. *J Palliat Care*. 1998; 14:51-54.
64. Fainsinger RL, de Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton. *J Palliat Care*. 2000;16:5-10.
65. Greene WR, Davis WH. Titrated intravenous barbiturates in the control of symptoms in patients with terminal cancer. *South Med J*. 1991;84:332-337.
66. McIver B, Walsh D, Nelson K. The use of chlorpromazine for symptom control in dying cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9:341-345.
67. McNamara P, Minton M, Twycross RG: Use of midazolam in palliative care. *Palliat Med* 1991; 5:244–249.
68. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Do hospice clinicians sedate patients intending to hasten death?. *J Palliat Care*. 1999;15:20-23.
69. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitateno K, et al. Japan Pain, Palliative Medicine, Rehabilitation, and Psycho-Oncology Study Group. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: A multicenter, pro

S.10 BIBLIOGRAFÍA

spective, observational study conducted on specialist palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2005; 30(4):320-328.

70. Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J, Munsell MF, Calderon B, Hung F et al. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer.* 2009 Jan;17(1):53-9.

71. Caraceni A, Zecca E, Martini C, Gorni G, Campa T, Brunelli C, et al. Palliative sedation at the end of life at a tertiary cancer center. *Support Care Cancer.* 2012 Jun; 20(6):1299-307.

72. de Graeff A, Jobse AP, Verhagen EH, Moonen AA. The role of consultation in palliative sedation in the central region of the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008 Oct 25;152(43):2346-50.

73. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage.* 2009 May;37(5):771-9.

74. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach L. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *J Palliat Med.* 2012;15:1-10.

75. Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, van der Wijk L, van der Heide A, van der Rijt CC. Palliative sedation in a

S.10 BIBLIOGRAFÍA

specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Sep;36(3):228-34.

76. Rosland JH, Saunes TK, Bull AN. Treatment of intolerable sufferings in a hospice unit. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007 Oct 18;127(20):2661-4.

77. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2012; 30(12):1378-83.

78. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally-ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2004;28:445-50.

79. Cassell EJ, Rich BA. Intractable end-of-life suffering and the ethics of palliative sedation. *Pain Med.* 2010 Mar;11(3):435-8.

80. Cherny NI. Sedation: Uses, abuses and ethics at the end of life. Jerusalem, Israel: Shaare Zedek Medical Centre, 2003.

81. Cowan JD, Palmer TW. Practical guide to palliative sedation. *Curr Oncol Rep.* 2002;4:242-249.

82. Hawryluck LA, Harvey WRC, Lemieux-Charles L, Singer PA. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care unit patients. *BMC Med Ethics.* 2002;3:3.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

83. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med.* 2005;8:716-729.

84. Rousseau P, Ross E. Use of palliative sedation. Carl T. Hayden VA Medical Center, Phoenix, Arizona, 2000.

85. 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.

86. Royal Dutch Medical Association: National Guideline for Palliative Sedation. Utrecht, The Netherlands: Royal Dutch Medical Association, 2005.

87. Schuman ZD, Lynch M, Abrahm JL. Implementing institutional change: an institutional case study of palliative sedation. *J Palliat Med.* 2005;8:666-676.

88. Wein S. Sedation in the imminently dying patient. *Oncology.* 2000;14:585-591.

89. Alonso A, Vilches Y, Díez L. Atención en la agonía. *Psicooncología.* 2008;5(2-3):279-301.

90. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol.* 2003;4:312-318.

91. Vitetta L, Kenner D, Sali A. Sedation and analgesia prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am*

S.10 BIBLIOGRAFÍA

J Hosp Palliat Care. 2005; 22:465-473.

92. Barathi B, Chandra PS. Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time?- A Systematic Review. Indian J Palliat Care. 2013 Jan;19(1): 40-7.

93. Couceiro A. La sedación de los enfermos en el contexto de los Cuidados Paliativos. En: Etica y Sedación al final de la vida. Barcelona: Fundació Víctor grifols i Lucas; 2003.p.29-58.

94. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Forde R, Gravgaard AM, Muller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin CH. EAPC Ethics Task Force: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med. 2003;17:97-101.

95. Jackson WC. Palliative sedation vs terminal sedation: what's in a name? Am J Hosp Palliat Care. 2002;19:81-82.

96. Jansen LA, Sulmasy DP. Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life. Ann Intern Med. 2002; 136:845-849.

97. Sulmasy DP. The rule of double effect. Clearing up the double talk. Arch Intern Med. 1999;159:545-550.

98. Broeckaert B. Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia. J Pain Symptom Manage.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

2000;20:S58.

99. Hallenbeck J. Terminal sedation for intractable distress. Not slow euthanasia but a prompt response to suffering. *Wis J Med.* 1999;171:222-223.

100. Porta J. Sedación Paliativa. En: Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Enfoque Editorial S.C; 2013. p.345-356.

101. Ramsay M, Savege TM, Simpson ER, Goodwin R. Controlled sedation with aphaxalone-alphadolone. *Br Med J.* 1974; 2:656-659.

102. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: Reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA.* 2003;289:2983-2991.

103. Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, Rietjens JA, Ribbe M, Deliëns L et al. Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Nov;44(5):704-14.

104. Brinkkemper T, van Norel AM, Szadek KM, Loer SA, Zuurmond WW, Perez RS.

The use of observational scales to monitor symptom control and depth of sedation in patients requiring palliative sedation: a systematic review. *Palliat Med.* 2013 Jan; 27(1):54-67.

S.10 BIBLIOGRAFÍA

105. Benítez-Rosario MA, Castillo-Padrós M, Garrido-Bernet B, González-Guillermo T, Martínez-Castillo LP, González A. Appropriateness and reliability testing of the modified richmond agitation-sedation scale in Spanish patients with advanced cancer.

J Pain Symptom Manage. 2013 Jun;45(6):1112-9.

106. Bruinsma S, Rietjens J, van der Heide A. Palliative Sedation: a focus group study on the experiences of relatives. J Palliat Med. 2013 Apr;16(4):349-55.

107. Cherny NI. Sedation for the care of patients with advanced cancer. Nat Clin Pract Oncol. 2006;3(9):492-500.

108. Moyle J. The use of propofol in palliative medicine. J Pain Symptom Manage. 1996;10(8):643-46.

109. Cheng C, Roener-Becuwe C, Pereira J. When midazolam fails. J Pain Symptom Manage. 2002;23(3):256-65.

110. McWilliams K, Keeley PW, Waterhouse ET. Propofol for terminal sedation in palliative care: a systematic review. J Palliat Med. 2010 Jan;13(1):73-6.

111. Herndon CM, Zimmerman E. High-dose propofol drip for palliative sedation: a case report. Am J Hosp Palliat Care. 2008 Dec-2009 Jan; 25(6):492-5.

112. Lundström S, Zachrisson U, Fürst CJ. When nothing

S.10 BIBLIOGRAFÍA

helps: propofol as sedative and antiemetic in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30(6):570-7.

113. Gillon S, Johnson M, Campbell C. Review of phenobarbitone use for deep terminal sedation in a UK hospice. *Palliat Med.* 2010;24(1):100-1.

S.11

ANEXO I

S.11 ANEXO I (Tratamientos intentados “fallidos” en el control sintomático previo a la sedación)

Astenia

- identificación de causas subyacentes
- corticoides
- metilfenidato o modafinilo.
- tratamientos etiológico-específicos:
 - hidratación artificial para deshidratación o desbalance hidroelectrolítico
 - hemotransfusión para anemia
 - antibioterapia para infección
 - otros: ...

Disnea

- opioides
- corticoides
- broncodilatadores
- tratamientos etiológicos:
 - antibioterapia para neumonía
 - hemotransfusión para anemia
 - diuréticos para insuficiencia cardíaca
 - paracentesis para ascitis
 - toracocentesis para derrame pleural
 - otros: ...

Delirium

- identificación de causas subyacentes
- antipsicóticos
- cualquier antipsicótico (neuroleptico)
- Butilfenona (haloperidol)
- Fenotiazinas (clorpromazina, levomepromazina)

S.11 ANEXO I (Tratamientos intentados “fallidos” en el control sintomático previo a la sedación)

- interconsulta a psiquiatría
- tratamientos específicos para posibles causas:
 - hemotransfusión para anemia severa
- antibióticos para infección
 - cambios en medicaciones posiblemente responsables (entre ellas rotación opioide)
 - bifosfonatos para hipercalcemia
 - otras medidas de corrección hidroelectrolítica
 - reposición hídrica por deshidratación
 - medidas terapéuticas de prevención y tratamiento de encefalopatía hepática
 - otras: ...

Dolor

- opioides
- AINEs
- corticoides
- rotación opioide
- 4º escalón
- tratamiento etiológico-específico:
 - coanalgésicos para dolor neuropático
 - bifosfonatos o
 - radioterapia /radionúclidos para dolor óseo metastásico
 - tratamiento ortoprotésico para fracturas patológicas
 - otros: ...

S.11 ANEXO I (Tratamientos intentados “fallidos” en el control sintomático previo a la sedación)

Naúseas /vómitos:

- corticoides
- fármacos antidopaminérgicos
- antihistamínicos o anticolinérgicos
- neurolépticos
- anti 5 HT3

Sufrimiento psicoexistencial

- intervención de algún especialista en psiquiatría o psicología o experto en abordaje espiritual.
 - consulta a psiquiatra
 - intervención psicoterápica
 - intervención espiritual o religiosa
- ansiolíticos
- antidepresivos
 - durante < de 2 semanas
 - de 2 a 4 semanas
 - > de 4 semanas
- psicoestimulante: metilfenidato

S.12 ANEXO II (Elementos que configuran la eutanasia)

Elementos que caracterizan, exactamente, al término Eutanasia⁹³:

- a) Una *situación biológica* concreta, bien de terminalidad o bien de incurabilidad, sin que sea necesario que se den al mismo tiempo.
- b) Una *persona autónoma*, es decir, capaz de tomar decisiones y competente para hacerlo, que vive su situación como insoportable, haciendo su propio juicio de calidad de vida, y que por ello realiza peticiones expresas, reiteradas y mantenidas para finalizar con su vida;
- c) Una acción o cooperación “necesaria” y “suficiente” de un tercero que ocasiona la muerte del paciente; es lo que se denomina *causalidad*.

ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA EUTANASIA ⁹³	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ENFERMEDAD terminal o irreversible ➤ Sujeto que SUFRE graves padecimientos ➤ PETICIÓN reiterada, expresa y mantenida ➤ Un tercero que efectúa una ACCIÓN QUE CONDUCE A LA MUERTE (cooperación activa con actos necesarios a la muerte de otro) 	
ACTO TRANSITIVO+CAUSALIDAD	

	Sedación Paliativa	Eutanasia
Intencionalidad	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte

S.13

ANEXO III

S.13 ESCALA DE RICHMOND

Escala de Agitación en la Sedación de Richmond (RASS)			
Puntuación	Término	Descripción	
4	Combativo	Abiertamente combativo, violento, peligro directo para los profesionales	
3	Muy agitado	Tira o se quita la sonda o catéter; agresivo	
2	Agitado	Se mueve con frecuencia de manera no intencionada, intenta quitarse la mascarilla o gafas nasales de oxigenoterapia	
1	Inquieto	Ansioso pero no agresivo en los movimientos	
0	Despierto y calmado		
-1	Adormilado	No completamente alerta, pero mantiene los ojos abiertos (ojos abiertos/ contacto visual) cuando le hablan (10 o más segundos)	Estimulación verbal
-2	Sedación ligera	Mantiene los ojos abiertos por poco tiempo cuando le hablan (menos de 10 segundos)	
-3	Sedación moderada	Se mueve o abre los ojos cuando le hablan pero no mantiene contacto visual	
-4	Sedación profunda	No responde a estímulo verbal pero se mueve o abre los ojos ante una estimulación física	Estimulación física
-5	Inconsciente	No responde a la voz ni a estímulos físicos	
Procedimiento para la evaluación del RASS			
1. Observe al paciente			
a. El paciente esta alerta, inquieto o agitado			Puntuación de 0 a +4
2. Si no esta alerta, diga su nombre y que abra los ojos y mire a quien le habla			
a. El paciente despierta y mantiene ojos abiertos y contacto visual			Puntuación de -1
b. El paciente despierta con ojos abiertos y contacto visual pero no lo mantiene			Puntuación de -2
c. El paciente realiza algún movimiento como respuesta a la voz pero no hay contacto visual			Puntuación de -3
3. Si no responde a estímulos verbales, estimule físicamente al paciente tocándole el hombro y/o frotando el esternón			
a. El paciente realiza algún movimiento ante la estimulación física			Puntuación de -4
b. El paciente no responde a ninguna estimulación			Puntuación de -5

S.13 ESCALA DE RAMSAY

Nivel 1	Paciente ansioso y agitado, inquieto o ambos
Nivel 2	Paciente tranquilo, orientado y colaborador
Nivel 3	El paciente sólo responde a órdenes
Nivel 4	El paciente muestra una respuesta rápida y enérgica frente a la aplicación de un golpe ligero sobre la glabella o como respuesta a un estímulo auditivo
Nivel 5	El paciente muestra una respuesta lenta y débil frente a la aplicación de un golpe ligero sobre la glabella o como respuesta a un estímulo auditivo intenso
Nivel 6	El paciente no presenta ningún tipo de respuesta

