



PROTOCOLO DE SEDACIÓN PALIATIVA

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Comité de Ética Asistencial 25 de noviembre 2011	Jefes de servicio del área sanitaria A Coruña Unidad de Calidad 2012	Comisión de Dirección Mayo 2012

AUTORES

Begoña Aldámiz-Echevarría Iraúrgui. Médico de Familia. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital de Oza. Vocal del CEA y coordinadora del protocolo.

Carmen Ramil Fraga. Pediatra. Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos. Servicio de Pediatría. Hospital Teresa Herrera. Presidenta.

Nieves Molins Gauna. Anestesista. Servicio de Anestesia. Hospital A Coruña. Secretaria.

Jesús Alberdi Sudupe. Psiquiatra. Unidad de Interconsulta y Enlace. Hospital de Oza. Vocal.

José Ramón Amor Pan. Escritor. Vocal.

Elena Cadavid Lopez. Enfermera. Servicio de Hematología. Hospital A Coruña. Vocal.

Santiago Caeiro Quinteiro. Cirujano Vascular. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital A Coruña. Vocal.

Lourdes Calvo Martínez. Oncóloga. Hospital de día Oncológico. Hospital Teresa Herrera. Vocal.

Pastora Codesido Barreiro. Ginecóloga. Servicio de Ginecología. Hospital Teresa Herrera. Vocal.

Jesús Combarro Mato. Médico de Familia. Servicio de Atención Primaria. Culleredo. Vocal.

Herminia Díaz Díaz. Enfermera. Servicio de Rehabilitación. Hospital de Oza. Vocal.

M^a Carmen Fernández Pretel. Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Vocal.

María José Liñares Pallas. Enfermera. Unidad de Reanimación. CHUAC. Vocal.

Arturo Louro González. Médico de Familia. Servicio de Atención Primaria. Cambre- Carral. Vocal.

Carmen Méndez Rodríguez. Enfermera. Centro de Especialidades del Ventorrillo. Vocal.

Jesús Prieto Prieto. Capellán. Servicio Religioso. Vocal.

M^a Rita Rivas Lagüela. Enfermera. Servicio de Farmacia. Hospital de A Coruña. Vocal.

María Dolores Rivas Lombardero. Facultativo. Laboratorio de Atención Continuada. Hospital de A Coruña. Vocal.

Remedios Rivas Lombardero. Pediatra. Servicio de Atención Primaria .Elviña- Mesoiro. Vocal.

José Antonio Seoane Rodríguez. Profesor de Filosofía del Derecho. Universidad de A Coruña. Vocal.

Elena Suárez Nieto. Enfermera. Servicio de Atención Primaria Cambre- Carral. Vocal.

Margarita Tovar Bobo. Médico de Familia. Servicio de Atención Primaria. Culleredo. Vocal.

Juan Carlos Vázquez Barro. Otorrinolaringólogo. Servicio de ORL. Hospital Teresa Herrera. Vocal.

Cristina Vázquez Costa. Auxiliar de Enfermería. Servicio de Medicina Interna. Hospital Abente y Lago. Vocal.

Manuela Vázquez Domínguez. Enfermera. Servicio de Atención Primaria. Carballo. Vocal.

Beatriz Vázquez Rodríguez. Enfermera. Unidad de Corta Estancia Médica. Hospital A Coruña. Vocal.

Revisores externos

Ramón Freire Martínez (Servicio de Medicina Interna), Guillermo Alonso- Jáudenes Curbera (Servicio de Oncología), Antonio Rodríguez Sotillos (Unidad de Lesionados Medulares), José A. Cachaldora del Río (Servicio de Cirugía Vascular), Berta Candia Bouso (Unidad de Calidad) y Carmen Seco Vilariño (Servicio de Farmacia).

Este protocolo fue consensuado y aprobado el 22 de septiembre de 2011 por el Comité de Ética Asistencial. Se envió para revisión externa el 18 de octubre de 2011 a todos los jefes de servicio del área sanitaria de A Coruña y se aprueba tras valorar sus propuestas el 25 de noviembre 2011.

El 29 de octubre de 2011 se publicó la "Guía de Sedación Paliativa" elaborada por la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Dada la trascendencia del documento fue revisado por la coordinadora del protocolo, quien no apreció recomendaciones relevantes que no estuvieran ya recogidas en el documento del CEA.



ÍNDICE	Pág.
1. Introducción y Objetivos	4
2. Delimitaciones conceptuales	5
3. Consideraciones éticas	7
4. Alcance y requisitos	10
5. Recomendaciones generales	12
6. Manejo farmacológico	13
7. Recomendaciones de seguimiento	20
8. Algoritmo de actuación	21
9. Bibliografía	22



1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La atención sanitaria al final de la vida se fundamenta en tres contenidos prioritarios: control sintomático y cuidados de confort, respeto al paciente y al entorno familiar y el respeto de un marco ético en la toma de decisiones¹.

La sedación es una de las medidas terapéuticas empleadas para el control de síntomas en los pacientes con enfermedad en situación terminal. Está legalmente permitida y es una actuación éticamente aceptada que forma parte de la buena praxis médica.

Varios factores justifican la necesidad de elaborar un protocolo de sedación para pacientes en situación terminal:

- El aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población han provocado un aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas que son atendidas con frecuencia en un sistema sanitario altamente tecnificado. En este contexto es frecuente encontrarnos con situaciones complejas en las que la toma de decisiones a menudo es difícil.
- La reciente aparición de una normativa legal en diferentes Comunidades Autónomas que regula los derechos de la persona ante el proceso del final de la vida²⁻⁴.
- La existencia de gran confusión terminológica entre los profesionales en torno a algunos conceptos relacionados con la sedación que es necesario aclarar.
- El desconocimiento de los profesionales acerca de la sedación como una maniobra terapéutica útil y necesaria que no debe considerarse como algo ajeno a la práctica clínica.
- La gran variabilidad entre los diferentes profesionales.
- La necesidad de establecer pautas comunes para la corrección técnica y ética en la sedación.
- El planteamiento de la necesidad de un protocolo de sedación por parte de la Comisión de Calidad del Hospital al Comité de Ética Asistencial.

Los objetivos de este protocolo son:

1. Establecer el marco clínico y ético adecuado para la realización de la sedación
2. Ayudar a los profesionales a comprender los valores que están en juego en esta situación y las necesidades básicas de los pacientes
3. Disminuir la variabilidad entre los profesionales en la atención al final de la vida
4. Proporcionar una herramienta de apoyo en la toma de decisiones al final de la vida para que estas decisiones sean responsables y óptimas

Este protocolo incluye recomendaciones para realizar con garantías éticas y clínicas la sedación, su indicación y procedimiento.

2. DELIMITACIONES CONCEPTUALES

Enfermedad en fase terminal es aquella enfermedad avanzada, progresiva e incurable con nula respuesta al tratamiento específico que evoluciona de forma irremediable hacia la muerte en un periodo corto de tiempo⁵. Bajo este concepto se incluyen diversas enfermedades tanto oncológicas como no oncológicas.

La situación terminal implica poner límites a los recursos que disponemos para prolongar la vida, así como asumir no sólo las limitaciones de la medicina, sino la limitación radical del ser humano ante la muerte. En este escenario el objetivo prioritario no es la salvaguarda a ultranza de la vida, sino la preservación de su calidad⁶. La actitud terapéutica a seguir debe de tener en cuenta el pronóstico vital y funcional del paciente, la eficacia y complejidad de las medidas terapéuticas disponibles en la situación que nos ocupa y los deseos del paciente acerca de los cuidados a recibir al final de su vida.

El control de síntomas es un instrumento básico que requiere siempre una evaluación cuidadosa. Es necesario valorar las diferentes posibilidades terapéuticas con el fin de evitar tanto la omisión de tratamientos que sean convenientes como la obstinación terapéutica a base de tratamientos inútiles o desproporcionados, que sólo van a conseguir retrasar la muerte en vez de prolongar una vida de calidad⁷.

En la fase final de cualquier enfermedad podemos encontrarnos con síntomas difíciles y síntomas refractarios.

Síntomas difíciles son aquellos para cuyo adecuado control se precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental y/o psicológico⁶. Es decir, su control es difícil pero no imposible en manos expertas⁸.

Síntomas refractarios son aquellos que no responden a un tratamiento paliativo correcto e intensivo sin comprometer el estado de conciencia, aplicado por profesionales bien entrenados y capacitados en un periodo razonable de tiempo⁹. Los síntomas refractarios más frecuentes son delirium, disnea, deterioro general manifiesto, dolor, sufrimiento psicológico intenso, hemorragia, náuseas y vómitos incoercibles y obstrucción intestinal¹⁰⁻¹³.

La sedación paliativa se plantea como la única estrategia eficaz para aliviar el sufrimiento ante la presencia de síntomas refractarios y consiste en la reducción proporcionada del nivel de conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, mediante la administración de fármacos adecuados y con su consentimiento¹⁴. Cuando la sedación paliativa se aplica en la fase agónica se llama sedación en la agonía^a.

La sedación paliativa no debe plantearse ante síntomas de difícil control que no hayan demostrado su condición de refractariedad. Si existen dudas es

^aAgonía: fase que precede a la muerte cuando ésta ocurre gradualmente, y se manifiesta por la presencia de deterioro físico severo, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de la ingesta, con pronóstico vital de días.

recomendable consultar con otros miembros del equipo o con profesionales expertos en tratar este tipo de síntomas.

Al practicarse en un contexto próximo a la muerte, la sedación se ha equiparado falsamente con la eutanasia¹⁵, sin embargo conviene aclarar la diferencia entre ambas.

Eutanasia es la actuación de un profesional sanitario que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con una enfermedad terminal o irreversible, que padece un sufrimiento que él vive como intolerable, a petición expresa, voluntaria y reiterada de éste¹⁶.

Todo lo que no se ciña estrictamente a esta definición no es eutanasia. Suspender tratamientos de soporte vital, es decir tratamientos con capacidad para prolongar la vida, como la ventilación mecánica o la nutrición artificial, cuando son tratamientos fútiles^b, se ha venido llamando “eutanasia pasiva”, cuando realmente se trata de una Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)^c.

Utilizar medicamentos opioides/sedantes a dosis elevadas para lograr un buen control sintomático, aunque de ello pudiera derivarse la precipitación de la muerte, se ha venido llamando erróneamente “eutanasia indirecta”¹⁶.

Estas prácticas, mal llamadas “eutanásicas” (eutanasia pasiva e indirecta), no solo son moralmente defendibles sino que forman parte de la buena práctica clínica y son jurídicamente lícitas¹⁷.

Los términos eutanasia directa/ indirecta, activa/ pasiva, voluntaria/ involuntaria, deben ser desterrados del vocabulario médico ya que son confusos y no se corresponden con actos que se incluyan dentro del concepto de eutanasia. La eutanasia siempre es, por definición, voluntaria, directa y activa. Para no llevar a confusión debemos referirnos a eutanasia sin más¹⁶.

Las diferencias entre sedación y eutanasia se aprecian en tabla 1^{6, 18}.

^b *Tratamiento fútil*. Tratamiento inútil por no ser capaz de proporcionar un beneficio al paciente.

^c *La limitación de esfuerzo terapéutico* equivale a no emplear todas o indefinidamente las posibilidades tecnológicas para prolongar la vida de un paciente, en función del pobre pronóstico de la enfermedad subyacente y/ o cuando el procedimiento se considera fútil.



Tabla 1. Diferencias entre sedación y eutanasia

	SEDACIÓN	EUTANASIA
Objetivo	Alivio del sufrimiento mediante el control de síntomas refractarios	Alivio del sufrimiento mediante la muerte del paciente
Procedimiento	Dosis mínima eficaz	Dosis letal
Consentimiento	Expreso del paciente o por representación	Petición expresa voluntaria y reiterada del paciente
Resultado	Confort del paciente	Muerte del paciente
Reversibilidad	Sí	No
Legalidad	Sí	No

Suicidio asistido consiste en proporcionar a un paciente los medios adecuados, para que él mismo, en el momento que lo desee, ponga fin a su vida. Si se causa la muerte sin mediar consentimiento del paciente estaríamos en presencia de un **homicidio**. Eutanasia, Suicidio asistido y Homicidio son jurídicamente punibles¹⁶.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la actividad clínica, la necesidad de tomar decisiones en condiciones de incertidumbre, máxime en situaciones en las que la vulnerabilidad física y emocional es extrema, hace necesario establecer métodos de análisis que incorporen todos los factores involucrados y conduzcan a la decisión más adecuada en cada caso.

La ética clínica nos obliga en todas las situaciones a buscar la decisión correcta, es decir nos obliga a un ejercicio continuo de responsabilidad. Para ayudar a resolver los conflictos que aparecen en la toma de decisiones surge la bioética de orientación principialista basada en cuatro principios¹⁹: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Principio de no maleficencia: defiende el derecho del paciente a no sufrir ningún mal evitable. El uso inapropiado del tratamiento analgésico con el consiguiente sufrimiento del paciente, el retraso o la no utilización de la sedación ante síntomas refractarios o el abuso de los avances tecnológicos con la intención de prolongar la vida en un paciente en situación terminal vulneran este principio.

El tratamiento enérgico de los síntomas molestos en el final de la vida y el uso de la sedación ante síntomas refractarios para aliviar el sufrimiento del paciente son un imperativo ético.



También vulnera el principio de no maleficencia la *obstinación terapéutica*, es decir, el uso sin límites de todos los medios que la medicina puede ofrecer con el fin de prolongar la vida de un paciente.

Si el tratamiento deja de proporcionar un beneficio al paciente ya no hay justificación para proporcionarlo y tanto desde un punto de vista ético como legal, puede ser omitido o retirado. No hay diferencia moral entre no iniciar un tratamiento o retirarlo si se cree ineficaz para los intereses del paciente. Es lo que conocemos como LET²⁰.

En este sentido, retirar o no iniciar medidas permite a la enfermedad acabar con la vida del paciente. Es la enfermedad la que produce la muerte del paciente, y no la actuación del profesional. La LET "permite" la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún caso la "produce"¹⁶.

Dentro de los tratamientos con potencialidad para prolongar la vida, se encuentran tanto la resucitación cardiopulmonar o la ventilación mecánica como la diálisis, transfusiones o la nutrición e hidratación artificial. Ninguna de estas medidas proporciona al paciente beneficio alguno, ni contribuye a mejorar su calidad de vida muy al contrario prolongan su agonía con el consiguiente aumento de su sufrimiento y el de su familia²⁰. Al interrumpir un tratamiento de soporte vital, es necesario proporcionar tratamiento sintomático paliativo para reducir al mínimo el sufrimiento del paciente.

Por otro lado, algunos profesionales que no saben cómo afrontar la atención al final de la vida ni tienen habilidad en el uso de la sedación, creen erróneamente que una solución al conflicto generado por este desconocimiento es el recurso a la objeción de conciencia.

Sin embargo, en la sedación no cabe hablar de auténtica objeción de conciencia, sino de una falsa objeción. La objeción de conciencia sanitaria es la negativa de un profesional a cumplir un deber jurídico de naturaleza personal por razones de conciencia, y en el caso de la sedación no existe ningún conflicto entre los deberes impuestos al profesional y su conciencia, sino una insuficiencia técnica o de formación ante una realidad clínica nueva y compleja. Reconocer la proximidad del fin del paciente para orientar el tratamiento y paliar o aliviar el sufrimiento es considerada y protocolizada como una buena práctica clínica⁶. Y la sedación, realizada conforme a los requisitos que se exponen en este protocolo (indicación clínica, prescripción técnica correcta, proceso de consentimiento informado), debe considerarse una buena práctica clínica, éticamente correcta y jurídicamente lícita. En consecuencia, no está éticamente justificado oponer la objeción de conciencia por parte del profesional para negarse a realizar una sedación²¹.

Principio de autonomía: hace referencia a la capacidad del individuo para gobernar su vida, para tomar decisiones en función de los criterios y valores que orientan y guían su existencia. El ejercicio de la autonomía permite que las personas se responsabilicen de sus propias vidas y tomen el control sobre la misma.



La Medicina ha sido secularmente paternalista y, por eso mismo, a algunos profesionales sanitarios les cuesta todavía reconocer el derecho a decidir de sus pacientes. Pero resulta que el respeto a la voluntad del paciente no sólo es una obligación ética de primer orden sino que es también una grave exigencia legal que obliga a todos los profesionales de la salud²². En base a ello, el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles aquella que mejor se adecue a sus ideas, creencias, valores y expectativas. Y, por consiguiente, todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente o, en caso de incapacidad de éste, por sus representantes.

El otorgamiento del consentimiento informado y el documento de instrucciones previas^d se enmarcan dentro de las actividades que garantizan el principio de autonomía. A este respecto, conviene subrayar que el objetivo no es la firma del documento sin más, sino la toma de una decisión informada: el respeto a la autonomía implica un proceso comunicativo, auténtico núcleo de la relación médico - paciente.

Principio de beneficencia: señala la obligación que tienen los profesionales sanitarios de actuar en beneficio de sus pacientes. Esto implica poner en juego sus conocimientos, destrezas, habilidades y capacidad de relación humana para promover la salud y el bienestar de los mismos.

Todo lo cual ha de llevarse a cabo sin paternalismos de ninguna clase, por cuanto, como acabamos de ver, será siempre el paciente o sus representantes quienes elijan entre las opciones clínicas disponibles aquella que más respete su proyecto vital; es decir, "lo mejor" lo define en último término el propio interesado.

En este sentido es básico conocer los valores del enfermo y su opinión acerca de los cuidados de su salud, para que dentro de lo posible y conforme a la legislación vigente, la atención que reciba sea planificada y llevada a cabo de acuerdo con sus deseos²³. En relación al final de la vida, para facilitar esta tarea resulta de gran utilidad la elaboración del documento de instrucciones previas.

Principio de justicia: busca la eficiencia y la equidad en la distribución de los recursos sanitarios, además de la obligación de tratar a todos los pacientes por igual evitando cualquier tipo de discriminación.

La sostenibilidad de un sistema sanitario público de carácter universal y equitativo, personal y territorialmente, que cumpla los principios de una asistencia sanitaria de calidad es una obligación ética para todos, no sólo para los gestores también para los profesionales y los propios enfermos. En este sentido, hay que afirmar que la

^dArtículo 11 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente²²: "Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas".



obstinación terapéutica, es decir, la utilización de recursos terapéuticos claramente inútiles para el paciente concreto, que a veces conduce incluso a una situación de verdadero encarnizamiento terapéutico que ataca de lleno el principio de no maleficencia y lesiona también el principio de justicia^e.

Por otro lado, resulta imprescindible fomentar de manera decidida la equidad en el acceso a unos cuidados paliativos integrales de calidad, lo cual requiere proporcionar formación, medios, fármacos y asesoramiento para poder realizar esta práctica en cualquier nivel del sistema sanitario cuando esté indicada. Los enfermos en situación terminal, estén en donde estén, tienen derecho a la prevención y alivio de su sufrimiento.

4. ÁLCANCE Y REQUISITOS

La sedación puede instaurarse en diferentes ámbitos: unidades de hospitalización, urgencias, domicilio de paciente, etc. En general allí donde se encuentre un paciente susceptible de ella.

Para que la sedación sea considerada éticamente correcta y jurídicamente lícita debe reunir tres condiciones²⁵⁻²⁷:

- Presencia de un *síntoma refractario*, dejando constancia en la historia clínica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados para su control y la falta de respuesta al mismo.
- *La finalidad* de la sedación debe ser el alivio del sufrimiento y no acortar la vida del paciente. La reducción del nivel de conciencia debe ser proporcionada al control del síntoma que se pretende tratar (dosis mínima eficaz). Es preciso describir en la historia clínica el proceso de la sedación: fármacos utilizados, ajustes realizados, parámetros de respuesta y los cuidados básicos administrados.
- Obtención del *consentimiento informado*, que debe ser específico y explícito. Si el paciente es incapaz y no existe documento de instrucciones previas que contenga una manifestación acerca de la sedación, el consentimiento se obtendrá de su representante. Si éste no existe, de las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, quienes decidirán en función de los valores del paciente y en lo que sería beneficioso para él en las circunstancias actuales (consentimiento por representación)²⁸.

No es necesario el uso de un documento escrito, será suficiente el consentimiento verbal pero es imprescindible que quede reflejado en la historia clínica.

Antes de solicitar el consentimiento es recomendable²⁹.

- Comprobar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su diagnóstico y pronóstico.

^e El art. 5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre ordenación de las profesiones sanitarias²⁴ afirmó que “los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos”



- Conocer hasta dónde quiere saber sobre su situación real. Informar, si así lo desea, de forma clara y honesta para poder tomar decisiones acerca de su vida.
- Facilitar la expresión de sus preocupaciones acerca del sufrimiento físico y la muerte creando el clima apropiado mediante la empatía y la escucha activa. Tranquilizar garantizando al paciente la dignidad en el proceso de morir, esto es, morir sin sufrimiento, rodeado de sus seres queridos y sintiéndose persona hasta el final.
- Informar sobre la posibilidad de la sedación como forma de alivio del sufrimiento si no es posible aliviarle por otros medios. Explicar que puede disminuir la capacidad de comunicación y de ingesta al estar sedado. Conocer su opinión y preferencias en relación a la sedación.
- Constatar que el paciente conoce suficientemente su situación, que comprende lo que le proponemos, y que lo acepta libremente.
- Si se plantea la limitación del esfuerzo terapéutico, se debe concretar con él que medidas se evitarían o retirarían.
- Es recomendable que esté presente en todo este proceso un familiar siempre que el paciente no se oponga a ello.
- Es necesario dar tiempo para decidir y ofrecer la posibilidad de consultar con otros la decisión.

Ante síntomas refractarios muy intensos, que requieran sedación urgente, es responsabilidad del médico tomar las decisiones que atañen al bienestar del paciente. En estas circunstancias puede ser necesario iniciar la sedación y posteriormente informar y solicitar el consentimiento al paciente o a su representante dejando siempre constancia de ello en la historia clínica²⁹. Para evitar estas situaciones resulta altamente recomendable llevar a cabo procesos de planificación anticipada de la atención médica, incluyendo la redacción de un documento de instrucciones previas.

La sedación debe ser planteada y en su caso llevada a cabo, por los médicos que tienen una relación previa continuada con el paciente y su familia. No es aconsejable que se realice fuera de este contexto, si bien podría hacerse si consta el pronóstico y la posible necesidad de la misma en su historia clínica.

La solicitud de la sedación por parte de la familia suele estar determinada por la angustia familiar especialmente ante procesos prolongados. Esta solicitud debe ser una llamada de atención para proporcionar apoyo, pero nunca indicación para la sedación del enfermo^{6, 15}.



5. RECOMENDACIONES GENERALES DE LA SEDACIÓN

En la fase agónica debemos replantearnos los objetivos terapéuticos ya que algunos tratamientos o actitudes previos carecen de sentido. En esta fase el objetivo prioritario es proporcionar aquellos cuidados que sean imprescindibles para aportar bienestar y comodidad al paciente en sus últimas horas de vida. Para ello es recomendable:

- Mantener las medidas de confort: higiene, cuidados de la piel y de la boca, etc.
- Respetar la voluntad del paciente (planificación anticipada de la atención: consentimiento informado e instrucciones previas).
- Suspender intervenciones inapropiadas (analítica, radiografías, etc.).
- Suspender constantes vitales y especificar la no aplicación de medidas de reanimación.
- Suspender los tratamientos que no sean imprescindibles (antidiabéticos, antidepresivos, anticoagulantes, laxantes, etc.).
- Mantener la medicación imprescindible para un buen control sintomático
- Adecuar la medicación a la vía parenteral (intravenosa o subcutánea). Indicar pautas fijas de tratamiento y dejar pautas condicionales para todos los posibles cambios en la evolución.
- No tratar la fiebre si no crea problemas.
- Si fuera necesario realizar curas se debe tratar el dolor y el olor, pero no deben aplicarse medidas agresivas.
- No administrar enemas ya que en esta fase el estreñimiento no suele incomodar al paciente.
- Adaptar la alimentación al nivel de conciencia y deseos del paciente. No se debe iniciar nutrición enteral o parenteral en la fase agónica ya que no contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente. En caso de estar instaurada alguna de ellas se debe suspender.
- Respecto a la hidratación, si el paciente mantiene un mínimo nivel de conciencia se actuará según sus deseos. En pacientes con nivel de sedación más profundo la hidratación no solo no contribuye al control de los síntomas sino que puede empeorar las secreciones respiratorias y el edema. Aunque en algunos estudios se apuntó que la deshidratación podría aumentar el riesgo de delirium y de toxicidad opioide, estudios controlados no evidenciaron tales efectos. En todo caso la decisión debe ser individualizada y siempre con el objetivo de mejorar la sintomatología y no de mantener un tratamiento fútil²⁶.
- Evitar comentarios inadecuados en presencia del paciente. Cuidar la comunicación verbal y no verbal: puede haber pérdida de la capacidad cognitiva pero seguir captando estímulos sensitivos. Tratarle con el respeto que merece.
- Facilitar la aproximación familiar e invitar a participar en los cuidados.
- Compartir con la familia los cambios que se van produciendo en la evolución del enfermo y la adecuación de los cuidados y tratamientos.
- Valorar las necesidades religiosas y espirituales.
- Proporcionar un lugar para morir digno y facilitador de la despedida: procurar si es posible proporcionar una habitación individual.
- Dejar constancia en la historia clínica de todas las medidas tomadas.



6. MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA SEDACIÓN

Los fármacos utilizados en la sedación deben tener rapidez de acción, fácil titulación y aplicación, vida media corta, mínimos efectos secundarios y posibilidad de revertir sus efectos²⁹⁻³⁰.

Los fármacos se administran por vía parenteral, intravenosa (IV) o subcutánea (SC). La vía IV es más rápida en el inicio de acción, pero si no es fácilmente canalizable, o el paciente está en su domicilio, la vía SC es de elección, ya que es igual de eficaz, está sujeta a menos complicaciones y su manejo es sencillo para familiares y cuidadores.

Independientemente de la vía que se utilice, existen dos modalidades de administración de la medicación, ambas eficaces: de forma intermitente mediante bolos o mediante infusión continua. Las bombas de infusión logran mayor estabilización en los niveles plasmáticos y permiten la combinación de varios fármacos además de la administración de bolos en caso de ser necesario (dolor irruptivo)³¹.

En caso de utilizar la vía SC, colocaremos una aguja del tipo palomilla 23-27G fijándola con un apósito adhesivo transparente que permita visualizar la zona de punción. La palomilla se inserta con un ángulo de 45° en el tejido celular subcutáneo preferentemente en la región anterior del tórax en la zona infraclavicular. Otras localizaciones posibles son la deltoidea, la pared abdominal y la cara anterior del muslo, evitando siempre las zonas con alteraciones cutáneas³².

En el extremo final de la palomilla se debe colocar un tapón de caucho o similar, que permita administrar la medicación en bolos. Si la administración es mediante infusión continua conectaremos directamente la palomilla al dispositivo utilizado.

No se recomienda administrar cantidades mayores de 2-3 mL x bolo pues es más dolorosa y favorece la aparición de induración o eritema local. La medicación puede administrarse sin diluir y no es necesario heparinizar ni realizar lavado con suero después de cada bolo. En caso de infusión continua no se debe administrar un volumen superior a 5 mL/ hora.

Es necesario vigilar periódicamente la zona de inserción de la palomilla para la detección de problemas locales (induración, enrojecimiento, infección, hematoma) que comprometan la absorción de la medicación o la salida accidental de la palomilla. En general, la palomilla se cambiará cada 5- 7 días o antes si aparece algún tipo de complicación³².

La dosis de fármacos a utilizar debe ser individualizada teniendo en cuenta una serie de factores³³⁻³⁴:

- Edad del paciente
- Estado nutricional



- Historia de abuso a drogas, incluído el alcohol
- Toma de opioides
- Estado de la función renal y hepática
- Estadio de la enfermedad
- Nivel de sedación que se quiera obtener
- Deseos del paciente en relación al grado de sedación.

Dosis de inducción: dosis inicial total con la que llegamos al nivel de sedación adecuado. Se administra en bolos, que se repiten con la periodicidad necesaria hasta conseguir ese nivel de sedación.

Dosis de mantenimiento: dosis mínima suficiente que consigue aliviar el síntoma a tratar manteniendo al paciente confortable, realizando ajustes según se precise³⁵.

Dosis de rescate: dosis en bolo extra que se emplea en caso de crisis de agitación o reagudización del síntoma refractario que motivó la sedación. Suele ser la misma que la dosis de inducción. Los rescates se deben realizar con el mismo fármaco que la inducción.

Una dosis insuficiente prolonga un sufrimiento innecesario y una sobredosis puede provocar la muerte. El grado de sedación adecuado es el que proporciona el sosiego o el estado necesario para que el paciente esté confortable y, de manera óptima, mantenga incluso una cierta capacidad de comunicación con el entorno.

La supervivencia media de los pacientes sedados es similar a la de los pacientes en igual situación clínica no sedados. La sedación bien indicada y practicada no acorta la vida³⁶.

Para la titulación y para registrar el nivel de sedación alcanzado en cada momento podemos utilizar la Escala de Ramsay, que establece seis niveles de sedación, 3 con el paciente despierto y 3 con el paciente dormido³⁷⁻³⁸.

- 1) Agitado y/o angustiado o inquieto
- 2) Colaborador, orientado, tranquilo
- 3) Responde a estímulos verbales
- 4) Responde con rapidez a presión glabellar o estímulos auditivos fuertes
- 5) Responde lentamente a presión glabellar o estímulos auditivos fuertes
- 6) No hay respuesta a presión glabellar ni a estímulos auditivos fuertes

Los medicamentos que habitualmente se utilizan en la sedación son: benzodiazepinas (Midazolam), neurolépticos (Levomepromazina), barbitúricos (Fenobarbital) y agentes de inducción anestésica (Propofol)^{26,33-36,39-45}



Midazolam

Es el fármaco de elección en la sedación en ausencia de delirium. Es una benzodiacepina hidrosoluble con una potencia sedante 2- 3 veces mayor que el Diazepam. Es ansiolítico, anticonvulsivante, relajante muscular y tiene efecto sinérgico con los opioides. Su acción se inicia a los 2- 3 minutos si se utiliza la vía IV y a los 5- 10 minutos si la vía SC. Su vida media plasmática es de 2- 5 horas por lo que si se administra en bolos, se deben pautar cada 4 horas como máximo. Su tolerancia aumenta en pacientes jóvenes y en administraciones prolongadas, por lo que es necesario el ajuste periódico de la dosis.

Si el paciente utilizaba previamente benzodiacepinas es necesario doblar las dosis. Su efecto puede ser revertido de forma prácticamente instantánea mediante Flumazenilo (amp 0.1mg/ mL, dosis 0.1- 0.2 mg/ IV a intervalos de 1 minuto hasta obtener la respuesta deseada, máximo 1mg). El Midazolam se puede mezclar con otros fármacos de uso frecuente en cuidados paliativos: Morfina, Haloperidol, Butilbromuro de Hioscina, Levomepromazina, Metoclopramida y Octeótrido.

Tabla 2. Uso de Midazolam

Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
<p>Midazolam®: amp. 15 mg/3 mL</p> <p>Midazolam®: amp. 50 mg/10 mL (solo disponible en hospital)</p>	<p>DI: bolos 1.5 - 5 mg.</p> <p>DM en bolos: 5 - 7.5 mg/ 2- 4 h.</p> <p>DM en IC: iniciar con 0.5-1 mg/ h. Dosis usual 20-120 mg/ 24h.</p>	<p>La dosis de inducción vía IV se puede obtener diluyendo 1 amp de 15 mg/ 3 mL en 7 mL de SF, en una jeringa de 10 mL, se obtiene una dilución 1 mL= 1.5 mg, administrar dicha dosis cada 5 minutos hasta conseguir un nivel de sedación adecuado (Ramsay 2-3). La dosis requerida será la dosis de inducción.</p> <p>Se puede administrar sin diluir tanto IV como SC. En caso de necesitar una sedación rápida y profunda (Ramsay 5-6): doblar las dosis recomendadas.</p> <p>Para IC (SC o IV): preparar una perfusión diluyendo 250 mg de midazolam (5 amp de 50 mg) en 500 mL de SF, se obtiene una concentración de 0.5 mg/ 1 mL. La perfusión se debe proteger de la luz.</p> <p>Si no se obtiene la respuesta deseada y estamos utilizando la vía SC, debemos pasar a la vía IV o al siguiente escalón.</p> <p>Dosis máxima: 160- 200 mg/ 24 h. Dosis mayores pueden provocar agitación paradójica.</p>
<p>DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: Infusión continúa, SF: suero fisiológico, h: horas</p>		

Levomepromazina

Es el fármaco de elección si el síntoma refractario a tratar es el delirium o si falla el midazolam en la sedación por otros síntomas. Es una fenotiazina de acción analgésica, antipsicótica, antiemética y sedante. Su vida media plasmática es de 15-30 h. Se puede combinar con Butilbromuro de Hioscina, Morfina y Midazolam. No debe mezclarse con Haloperidol ni Metoclopramida.

Tabla 3. Uso de Levomepromazina

Presentación disponible	Dosis (SC/IV)	Comentario
Sinogan®: Amp. 25 mg/ 1mL	DI: bolos 12.5-25 mg. DM en bolos: 25 mg/ 6 h. DM en IC: 0.5- 8 mg/h. En general 100 mg/ 24 h.	Si se utilizaba midazolam se debe reducir la dosis de éste al 50% en las primeras 24 h y continuar reduciendo 1/3 cada día hasta suspenderlo. Si la utilización es vía IV, algunos autores recomiendan utilizar la mitad de las dosis indicadas. Para IC: preparar una perfusión diluyendo 100 mg (4 amp) en 100 mL de SF, se obtiene una concentración 1mg/ 1mL. Dosis máxima: 300 mg/ 24 h.
DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: Infusión continua, SF: suero fisiológico, h: horas		

Fenobarbital

Es el fármaco de elección si fracasa el Midazolam y la Levomepromacina o hay intolerancia a los mismos. Es un barbitúrico de acción prolongada y uso exclusivo hospitalario cuando se utiliza para la sedación. Tiene una vida media plasmática de 50- 150 h. No debe mezclarse con otros fármaco.

Tabla 4. Uso de Fenobarbital

Presentación disponible	Dosis (SC/IV)	Comentario
Luminal®: amp. 200 mg/ 1 mL	DI: bolos 1-3 mg/ kg lento. DM en IC: 0.5 mg/ kg/ h.	Suspender benzodiazepinas y neurolépticos antes de iniciar la perfusión. Reducir dosis de opioides a la mitad.
DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: Infusión continua, Kg: kilogramo, h: horas		

Propofol

Es el fármaco de elección si fracasa o existe intolerancia a Midazolam, Levomepromacina y/ o Fenobarbital. Es un anestésico de inicio de acción rápida (30 segundos) y de duración ultracorta (40 minutos). Es antiemético y anticonvulsivante. De uso exclusivo IV y en el medio hospitalario. No debe mezclarse con otros fármacos.

Tabla 5. Uso de Propofol

Presentación disponible	Dosis, solo IV	Comentario
Propofol®: amp 10 mg/ 1 mL	DI: bolos 0.5 mg/ kg en 1- 3 min. DM en IC: 1-2mg/ kg/h.	Suspender benzodiazepinas y neurolépticos antes de su utilización Reducir dosis de opioides a la mitad.
DI: dosis inducción, DM: dosis mantenimiento, IC: Infusión continúa, Kg: kilogramo, h: horas, min: minutos.		

Puede ser necesario el uso de otros fármacos durante la sedación con el fin de aliviar síntomas como dolor, disnea, secreciones, etc. Los más habituales son: Cloruro Mórfico, Butilbromuro de Hioscina y Haloperidol^{29, 41-45}.

Cloruro Mórfico

Es un potente opioide con efecto analgésico que provoca somnolencia como efecto secundario. Se emplea de manera concomitante si el paciente tiene dolor o disnea. Dado que estos dos síntomas son muy frecuentes en la fase final de la enfermedad, la morfina va a estar presente prácticamente siempre en la sedación asociada a alguno de los fármacos sedantes anteriormente descritos.

La morfina actúa sinérgicamente con el midazolam y la asociación de ambos consigue una sedación terminal adecuada en más del 95 % de los casos⁹. Ambos medicamentos se pueden administrar conjuntamente, para ello se puede solicitar a la farmacia del hospital, en horario de mañana, una infusión que contenga 500 mg de morfina y 250 mg de midazolam en 500 mL de SF (1 mL de perfusión contiene 1mg de morfina y 0.5 mg de midazolam).

Tabla 6. Uso de Morfina

Presentaciones disponibles	Dosis (SC/IV)	Comentario
Cloruro Mórfico®: amp. 10 mg/1 mL (1%) Cloruro Mórfico®: amp. 40 mg/ 2 mL (2%)	Dosis inicial: bolos 5- 10 mg/ 4 h o 1- 10 mg/ h en IC. DR: 1/6- 1/10 de la dosis diaria cada 15- 30 min.	Para IC: preparar una perfusión diluyendo 100 mg de cloruro mórfico 1% (10 amp) en 100 mL de SF, se obtiene una concentración de 1mg/ 1 mL. En ancianos y pacientes debilitados utilizaremos dosis menores. Se debe vigilar la frecuencia respiratoria y el diámetro pupilar. Puede mezclarse con los medicamentos habituales utilizados en cuidados paliativos.
DR: Dosis de rescate, IC: Infusión continúa, SF: suero fisiológico, h: horas, min: minutos.		

Las dosis indicadas en la tabla son las dosis de inicio para pacientes que no estaban recibiendo medicación opioide. Si el paciente ya estaba a tratamiento con algún opioide, antes de iniciar la sedación, debemos hacer su conversión mediante dosis equianalgésicas a morfina parenteral (tabla 7), esta será la dosis de partida. Es decir:

Si por ejemplo, el paciente estaba a tratamiento con 120 mg de morfina oral/ 24h, la dosis correspondiente es de 60 mg de morfina parenteral/ 24 h, a repartir cada 4- 6 h si se administra en bolos (10 mg/ 4h o 15 mg/ 6h), o a repartir en 24 h si se administra en IC (2.5 mg/ h) ⁴⁶.

Si en vez de morfina el paciente estaba a tratamiento con 50 µg de fentanilo transdérmico y además utilizaba 3 comprimidos/ día de morfina de liberación rápida (Sevredol® 10 mgr) como rescate, debemos hacer los siguientes pasos:

1. conversión de fentanilo a morfina parenteral, en este caso la dosis equivalente es de 50 mg de morfina parenteral. Es preciso recordar que tras retirar el parche de fentanilo persisten durante 12 h niveles en sangre de dicho fármaco.
2. conversión de la dosis total diaria de morfina oral que utiliza el paciente a morfina parenteral, en este caso 30 mg de morfina oral/ 24 h equivalen a 15 mgr/ 24h de morfina parenteral.
3. la suma de ambos resultados será la dosis total diaria necesaria de morfina parenteral de la que debemos partir, en este caso concreto 65 mg. La dosis se reparte cada 4- 6 h si la administración es en bolos o cada 24 h si la administración es en IC.

Tabla 7. Dosis equianalgésicas de opioides⁴⁷.

Opioide actual	Factor de conversión a morfina parenteral
Codeína oral	dividir por 20
Tramadol oral	dividir por 10
Morfina oral	dividir por 2
Hidromorfona oral	multiplicar por 3
Oxicodona oral	sin cambios
Oxicodona parenteral	sin cambios
Fentanilo transdérmico	sin cambios

(*) Los datos de la tabla son orientativos y las dosis equianalgésicas obtenidas son aproximadas. Para una conversión más precisa se recomienda ver la ficha técnica de cada medicamento.

Butilbromuro de Hioscina

Es un fármaco anticolinérgico empleado fundamentalmente por su acción antisecretora. Es el fármaco de elección en la hipersecreción bronquial en la fase agónica (estertores premortem), además de la restricción hídrica.

Tabla 9. Uso de Butilbromuro de Hioscina^{14,29}.

Presentación disponible	Dosis (SC/IV)	Comentario
Buscapina®: amp 20 mg/ 1 mL	Dosis habitual: bolos 20-40 mg/4 -6 h. DM en IC: 50% de la dosis que se haya necesitado.	Puede mezclarse con los medicamentos habituales utilizados en cuidados paliativos. Dosis máxima: 400 mg/ 24 h.
DM: dosis mantenimiento, IC: Infusión continúa, h: horas		

Haloperidol

Es un fármaco neuroléptico poco sedante recomendado como antiemético y en el delirium no refractario.

Tabla 10. Uso de haloperidol ⁴¹⁻⁴³.

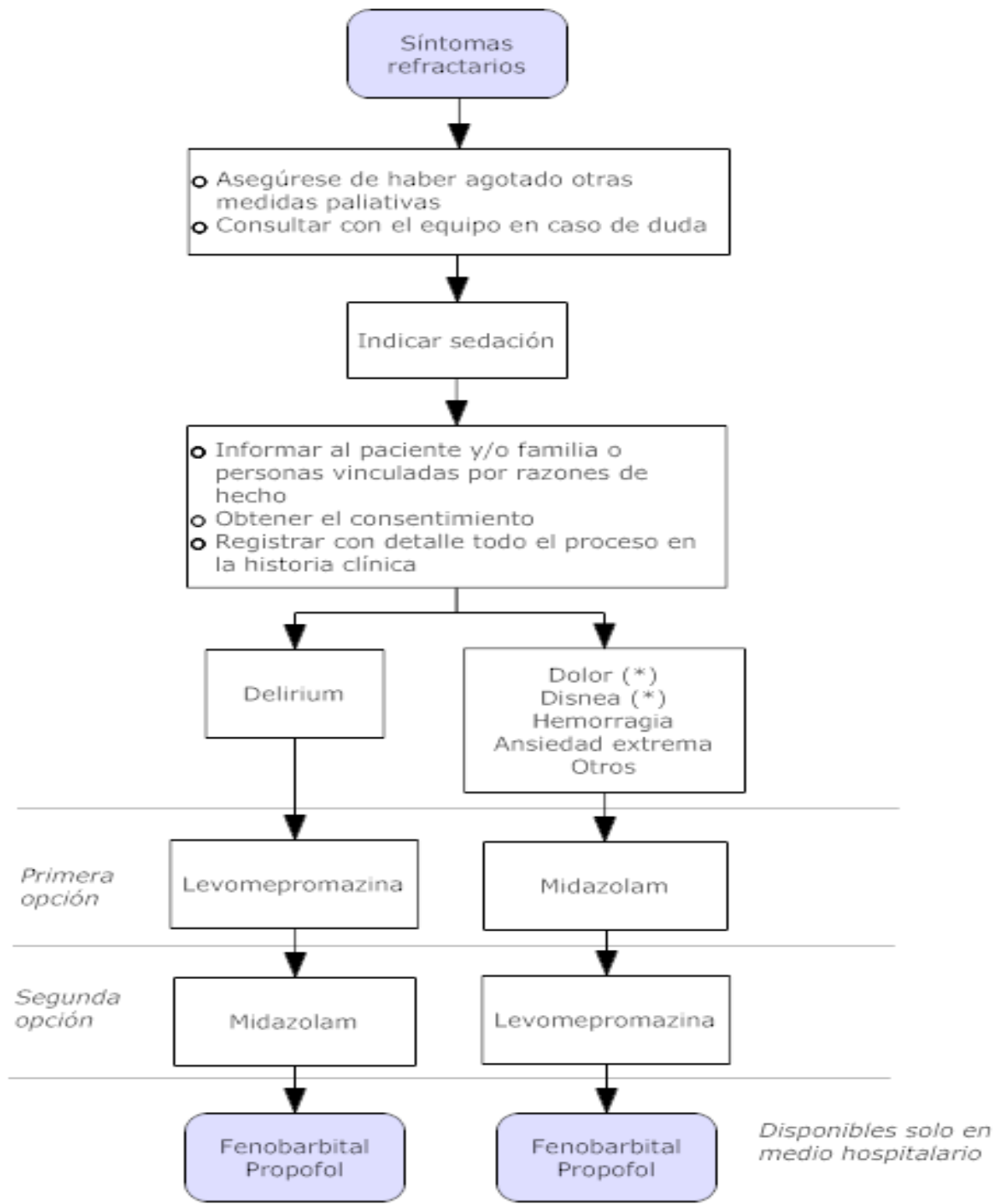
Presentación disponible	Dosis (SC/IV)	Comentario
Haloperidol®: amp. 5 mg/ 1 mL	Dosis habitual: bolos 1- 5 mg/ 8- 12 h. DM en IC: 5- 15 mg/ 24 h.	Puede mezclarse con los medicamentos habituales utilizados en cuidados paliativos excepto con Levomepromazina.
DM: dosis mantenimiento, IC: Infusión continua, h: horas.		

7. RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO

El seguimiento es responsabilidad del médico y del personal de enfermería que atienden al paciente. Tras el inicio de la sedación, es necesario^{14, 29}:

- Mantener cuidados generales de confort e higiene.
- Mantener la medicación imprescindible para un buen control sintomático.
- Prevenir y tratar las secreciones bronquiales
- Vigilar la retención urinaria y realizar sondaje vesical si se precisa.
- Evaluar sistemáticamente:
 - nivel de sedación (escala de Ramsay)
 - respuesta ante la estimulación:
 - despertar tranquilo
 - despertar angustiado
 - movimientos erráticos
 - temperatura
 - secreciones bronquiales
 - movimientos musculares (faciales o corporales) espontáneos
- Realizar los ajustes necesarios para que el paciente esté confortable.
- Si falla el fármaco de elección comprobar las posibles causas: obstrucción de víscera hueca, globo vesical, fecaloma, etc.
- Facilitar la aproximación familiar o del cuidador.
- Proporcionar, en la medida de lo posible, presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.
- Informar al paciente y/ o a la familia de los cambios en la evolución
- Constatar en la historia clínica: el motivo de la sedación, el proceso de toma de decisiones (incluida la información y el consentimiento) y la monitorización de los resultados.

8. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE SÍNTOMAS REFRACTARIOS³⁰



(*) Si dolor o disnea añadir Morfina

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de sedación en el paciente terminal. [Internet] [acceso: 30/4/2011] Disponible en <http://www.urgenciasdonostia.org/>
2. Ley 2/2010 de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Comunidad Autónoma de Andalucía. BOE 25-5-2010
3. Ley 10/2011 de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón 7-4-2011
4. Ley Foral 8/2011 de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Comunidad Foral de Navarra. BOE 26-4-2011
5. World Health Organization. WHO. Cancer Pain Relief. Ginebra, 1990 [Internet] [acceso: 30/4/2011] Disponible en <http://www.who.int/>
6. Porta J, Núñez Olarte JM et al. Comité de Ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid) 2002; 9 (1): 41- 46
7. Muñoz Sánchez JD, González Barón M. Ética y enfermedad terminal. En: González Barón M, Ordóñez A et al. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Panamericana 2ª ed. Madrid 2007. pag: 751- 759
8. Couceiro A. La sedación en los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos. En ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Barcelona 2003; (9): 29-58
9. Sanz Ortiz J. La sedación en el final de la vida. Med Clin (Barc) 2004; 123 (11): 423- 425. [PMID: 15482718](#)
10. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 1994;10 (2): 31- 38. [PMID: 8089815](#)
11. Fainsinger R, Waller A, Bercovici M, Bengton K, Landman W, HoskingM, Núñez Olarte JM, de Moissac D. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. Pall Med 2000, 14. 257- 265. [PMID: 10974977](#)
12. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally- ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2004; 28: 445-450. [PMID: 15504621](#)
13. Rousseau P. Palliative sedation in the control of refractory symptoms. J Palliat Med 2005; 8 (1): 10-12. [PMID: 15662167](#)
14. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de salud. Sedación en Cuidados Paliativos. 2006. [Internet] [acceso: 30/4/2011] Disponible en <http://www.secpal.com/>
15. Organización Médica Colegial (OMC). Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Documento: Ética de la sedación en la agonía. 2009
16. Simón P, Barrio I, Alarcos FJ, Barbero J, Couceiro A, Hernández P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev. Calidad Asistencial 2008; 23 (6): 271- 285
17. Sanz J. La Sedación Paliativa como *Lex Artis* en el Cuidado del final de la vida. Psicooncología. 2008; 5 (2- 3): 265- 277.
18. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasia and physician assisted suicide: a view from an EAPC task force. Palliative Medicine 2003; 17: 97-101. [PMID: 12701848](#)
19. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica, versión española de la 4ª edición inglesa. Masson. Barcelona. 1999.
20. British Medical Association. BMJ Books. Omisión y retirada de tratamiento médico prolongador de la vida (Guías para la toma de decisiones). Londres, 1999
21. Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado del término (II). Rev Cal Asist 2011; 26(4).
22. 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 de 15-11-2002.
23. Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En: Ética en Cuidados Paliativos. Triacastela. Madrid 2004; Pág.: 263- 304

24. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE de 22-11-2003.
25. Muller- Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care- a critical analysis of 7 years experience. BMC Palliative Care 2003; (2):1-9. [PMID: 12744722](#)
26. 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. [PMID:19858355](#)
27. Berger JT. Rethinking guidelines for the use of palliative sedation. Hastings Center Report 40, 2010; 3: 32- 38. [PMID: 20545106](#)
28. Gracia D, Rodríguez JJ et al. Ética en Cuidados Paliativos. En: Guías de Ética en la práctica médica. Fundación de Ciencias de la Salud- Fundación para la formación de la Organización médica colegial. Madrid 2006. pag: 111- 123
29. Grupo de trabajo de Sedación. Protocolo de Sedación Paliativa y Sedación Paliativa en la Agonía. Hospital Virgen de la Macarena. Málaga [Internet] [acceso: 30/4/2011] Disponible en: http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1160/S_TD_PROV37.pdf
30. Aldámiz- Echevarría B, Molins N, Seoane JA. Agonía y Sedación. 2008 [Internet] [acceso: 30/4/2011]. Disponible en: <http://www.fisterrae.es>
31. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008
32. Silva M, Lamelo F. Utilización de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos. 2010 [Internet] [acceso: 15/07/2011]. Disponible en: <http://www.fisterrae.es>
33. Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine- definition and review of the literature. Support Care Cancer 2001; 9: 403- 407. [PMID: 11585266](#)
34. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standars. J Palliat Med 2007; vol 10 (1): 67-85. [PMID: 17298256](#)
35. Boceta J, Cía R, Cuello JA et al. Sedación Paliativa y Sedación Terminal. Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica. Documentos de apoyo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2005
36. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high dose opioids and sedatives on survival on terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 282-289. [PMID: 11312042](#)
37. Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. Br Med J. 1974 Jun 22; 2 (5920):656-9. [PMID: 4835444](#)
38. Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MA. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. Crit Care. 2008; 12 Suppl 3:S2. [PMID: 18495053](#)
39. Cheng C, Roemer- Becuwe C, Pereira J. When Midazolam fails. J Pain Symptom Manage 2002; 23: 256- 265 [PMID: 11888723](#)
40. Bottomley DM, Hanks GW. Subcutaneous Midazolam infusión in Palliative Care. J Pain Symptom Manage 1990; 5: 259- 261. [PMID: 2384705](#)
41. Committee on National Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG). Guideline for Palliative Sedation. Royal Dutch Medical Association (KNMG) Utrecht, 2009.
42. SIAARTI - Italian Society of Anaesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care Bioethical Board. End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient. Minerva Anesthesiol. 2006 Dec; 72(12):927-63. [PMID: 17235263](#)
43. Conserjería de Salud de Andalucía. Sedación Paliativa y Sedación Terminal: Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica; documentos de apoyo. Sevilla, 2005
44. Vissers KC, Hasselaar J, Verhagen SA. Sedation in palliative care. Curr Opin Anaesthesiol. 2007 Apr; 20(2):137-42. [PMID: 17413397](#)
45. Hasselaar JG, Reuzel RP, Verhagen SC, de Graeff A, Vissers KC, Crul BJ. Improving prescription in palliative sedation: compliance with dutch guidelines. Arch Intern Med. 2007 Jun 11;167(11):1166-71. [PMID: 17563025](#)
46. Silva MA, Aldámiz- Echevarría B, Lamelo F, Vidán L. Manejo del dolor oncológico. 2009 [Internet] [acceso: 10/07/2011]. Disponible en: <http://www.fisterrae.es>
47. SIGN. Control pain in adults with cancer; 2008 [Internet] [acceso: 30/4/2011] Disponible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/grq106.pdf>