



Inicio: Guías Médicas.

Guías Médicas

SEDACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:

(Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud):

Miguel Ángel Cuervo Pinna

Miguel Ángel Sánchez Correas

Raúl Sánchez Posadas

María Eulalia Alonso Prado

María del Pilar Ruiz Márquez

José Armando Espinosa Rojas

Teresa Galea Martín

Carmen López de Ayala

María Paz Varillas López

1. INTRODUCCIÓN.
2. CLASIFICACIONES Y DEFINICIONES.
3. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN RELACIÓN A LA SEDACIÓN PALIATIVA.
4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.
5. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCION

El factor más importante de controversia suscitado a la hora de revisar el tema de "Sedación en Cuidados Paliativos", ha surgido de la amplia gama de conceptos que encontramos entre los diferentes autores que publican sus experiencias en relación a la Sedación en el contexto de Cuidados Paliativos. Ello nos ha llevado a incluir en esta guía un estudio preliminar donde se analicen las clasificaciones, definiciones y recomendaciones éticas, a la hora de unificar criterios previos a la aplicación de las medidas para una correcta sedación, según las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Siguiendo la metodología de Morita et al¹, llevamos a cabo una búsqueda en MEDLINE, con la estrategia de búsqueda descrita en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Nº	Criterio	Resultados
#1	Search "Palliative Care"[MeSH] or "Terminal Care"[MeSH] or "Hospices"[MeSH] or "Hospice Care"[MeSH]	47568
#2	Search sedation	15541
#3	Search #1 and #2 Limits: Publication Date from 1994, English	203
#4	Search #1 and #2 Limits: Publication Date from 1994, Spanish	6
#5	Search #3 or #4	208

Así mismo procedimos a una búsqueda y revisión manual de los artículos publicados en relación con la sedación paliativa o terminal de la revista Medicina Paliativa. Fruto de esta revisión son las citas bibliográficas expuestas que aparecen en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Nº Cita bibliográfica

- 1 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
- 2 Pérez de Lucas N, López Martínez de Pinillos R., Sanz Juez J.F., et al. Opinión y utilización de la sedación terminal en el ámbito de la Atención Primaria. Med Pal 2004;11:6-11.
- 3 Cherny N, Portenoy R, Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 1994;10(2):31-38
- 4 Porta J., Guinovart C, Ylla-Catalá A et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico balear. Med Pal 1999; 6: 108-115
- 5 Porta J. Aspectos Clínicos de la Sedación en Cuidados Paliativos. En: Ética y sedación al final de la vida.Fundación Víctor Grifols i Lucas, Barcelona 2003. pp: 9-28
- 6 Rivas-Flores J., Vilches Aguirre Y, Muñoz Sánchez D, et al. Consentimiento informado en Cuidados Paliativos: Trabajos del Comité de Ética de la SECPAL. Med Pal (Madrid) 2002;9:32-6
- 7 Porta J. Sedación paliativa. En: Control de síntoma en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Ed ARAN, Madrid 2004.pp: 259-271
- 8 Stone P, Philips C, Spruit O, Waight C. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team in a hospice. Palliat Med 1997; 11: 140-144
- 9 Chater S., Viola R., Paterson J., Jardis V. Sedation for intractable distress in the dying-a survey of experts. Palliat Med 1998; 12:255-269
- 10 Morita T, Tsunoda J., Inoue S, Chiara S. Do hospice clinicians sedate patients intending to hasten death? J Palliat Care 1999; 15(3):20-23
- 11 Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F et al. Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. Palliat Med 1999; 13:233-241
- 12 Faisingier 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(2):5-10
- 13 Krakauer EL, Penson RT, Trug RD. Sedation for intractable distress of a dying patient:acute palliative care and the principle of double effect. Oncologists 2000; 5: 53-62
- 14 Quill T, Byock I. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. Ann Intern Med 2000; 132:402-414.
- 15 Krakauer E, Penson R, Truog R, King L, Chabner B, Lynch T. Sedation for intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect. The Oncologist 2000; 5:53-62.
- 16 Azulay Tapiero A, Porta Sales J. Reflexiones éticas entorno a la sedación terminal. Med Pal 9;4:157-159
- 17 Sykes N, Thorns A. Sedative Use in the Last Week of life and the implications for End-of- Life Decision Making. . Arch Intern Med 2003; 163: 341-4
- 18 Azulay Tapier A. La sedación terminal. Aspectos Éticos. An Med Interna, 2003;20:645-9
- 19 Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 (9): 41-46.
- 20 Morita T. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. Support Care Cancer 2004 (12):584-592 .
- 21 Sanz Rubiales A, Olalla MA, Hernasanz S, et al. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal. Med Pal 1999 (6): 92-98.
- 22 Christof Muller-Busch H, Inge Andres, Thomas Jehser. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. BMC Palliative Care 2003 (2): 1-9 .
- 23 Comité de Ética de la SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 (9): 37-40.

Igualmente han sido consultados Manuales actualizados sobre Ética y Sedación en Cuidados Paliativos (en castellano)^{2,3} junto con las recomendaciones del Comité de Ética de la SECPAL, sobre "Aspectos Éticos de la Sedación en Cuidados Paliativos".

Dada la polémica actual planteada en relación con la Eutanasia, queremos hacer mención, en esta guía, al Principio del Doble Efecto, y remarcar las diferencias claras entre Sedación y la mal llamada "Eutanasia lenta"

2. CLASIFICACIONES Y DEFINICIONES

- Clasificación de la Sedación: Según Objetivo, Temporalidad e Intensidad
 - a. Según el objetivo:
 - **Primaria:** es la disminución de la conciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica.
 - **Secundaria** (mejor denominarla, somnolencia): la disminución de la conciencia es efecto secundario de la medicación.
 - b. Según la temporalidad:
 - **Intermitente:** Es aquella que permite períodos de alerta del paciente
 - **Continua:** La disminución del nivel de conciencia es de forma permanente
 - c. Según la intensidad:
 - **Superficial:** Es aquella que permite la comunicación del paciente (verbal o no verbal).
 - **Profunda:** Aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

- Concepto de **SEDACIÓN PALIATIVA:**

Se entiende por sedación paliativa la *administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia 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.*

Se trata de una sedación *primaria*, que puede ser *continua o intermitente, superficial o profunda.*

- Concepto de SEDACIÓN TERMINAL ó **SEDACIÓN EN LA AGONÍA:**

(Grupo de investigación multicéntrica en Cuidados Paliativos de Cataluña (CATPAL) -1999

Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda.

En un sentido amplio debe entenderse por Sedación Paliativa la sedación utilizada por razones paliativas y la Sedación en la Agonía, a la Sedación Paliativa que se lleva a cabo en el paciente agonizante.

En nuestra opinión, y en la de autoridades sobre esta materia (Broeckaert, Porta), el término de "Sedación Terminal" puede ser confuso, ya que puede interpretarse como que es la sedación la que termina con el paciente y por ello es mejor sustituirla por Sedación Paliativa en la Agonía o más brevemente Sedación en la Agonía, ya que son términos más descriptivos

En el Anexo I se describen los términos y definiciones previas a 2002, que se recogen en la revisión de Morita

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN RELACIÓN A LA SEDACIÓN PALIATIVA

Así pues la prescripción de la Sedación Paliativa, pasa por cumplir una serie de consideraciones o requerimientos éticos:

1. Existencia de un síntoma refractario.
2. Objetivo de reducir sufrimiento o distrés
3. Reducción proporcionada del nivel de consciencia a la necesidad del alivio del sufrimiento.
4. Reducción proporcionada del nivel de consciencia a la necesidad del alivio del sufrimiento.

y cuando sea el caso de la Sedación en la Agonía:

5. La expectativa de días ha de ser horas o días.

Todos los puntos anteriores deben tenerse en cuenta y registrarse con detalle en la Historia Clínica.

- Concepto de **SÍNTOMA REFRACTARIO:**

Cherny y Portenoy definieron por primera vez el síntoma refractario en 1994 de la forma siguiente: "...el término refractario puede aplicarse cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de intensos (en el original agresivos) esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable, que no comprometa la consciencia del paciente..."

Posteriormente el Comité de Ética de la SECPAL, propone como definición de síntoma refractario, la que sigue:

Síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente.

- La determinación de la refractariedad ha de incluir, siempre que sea posible, el consenso con otros miembros del equipo terapéutico (con el mayor número posible) y/o el asesoramiento de otros especialistas.
- Disminución proporcionada del nivel de consciencia: Valorar la conveniencia de la utilización de la escala de Ramsay para ello.
- Respecto al consentimiento, no debe entenderse por tal, el consentimiento informado por escrito. En el contexto de Cuidados Paliativos, no sólo es difícil de obtener sino a veces inoportuno y nocivo³. El consentimiento verbal del paciente debe considerarse suficiente, pero se considera imprescindible que quede registrado en la Historia Clínica.

En caso de que el paciente no pueda o no desee participar en la toma de decisiones, se debe intentar que la familia o cuidador principal, nos informe sobre los deseos que explícitamente o implícitamente pudo manifestar el paciente ante situaciones parecidas a las actuales; hay que intentar obtener, pues, el consentimiento familiar.

Principio del doble efecto aplicado a la sedación paliativa

Es habitual encontrarnos con referencias continuas a este principio cuando se trata de argumentar la corrección o incorrección de la sedación, incluso en documentos oficiales de la SECPAL. La doctrina del doble efecto o "voluntario indirecto" establece que una acción con dos o más posibles efectos, incluyendo al menos uno bueno posible y otros que son malos, es moralmente permisible si se dan cuatro requisitos:

1. La acción debe ser buena o neutra.
2. La intención del actor debe ser correcta.
3. Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.

4. El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo.

Hay que dejar claro que el doble efecto en la sedación en la agonía no hace referencia a la vida (efecto deseado), muerte (efecto indeseado), sino al alivio del sufrimiento refractario (efecto deseado), pérdida de la conciencia (efecto indeseado). La muerte, pues, no puede considerarse como el efecto indeseado, ya que desgraciadamente el paciente fallecerá inexorablemente a consecuencia de la evolución de la enfermedad o sus complicaciones.

Aunque no es la norma, también queremos recoger en esta guía que algunos autores como Azulay, consideran que la intención es un aspecto poco convincente y nada objetivo y apela a voces más autorizadas (Rachels), para expresar que el objetivo de la bioética debe ser evaluar actuaciones y no intenciones.

Sedación y eutanasia.

Éste es probablemente uno de los puntos más polémicos que ha planteado un debate no sólo en los foros sanitarios, sino sociales, medios de comunicación y ámbito político.

La opinión del grupo de tratamiento creemos que no debe ser otra que la explícita diferenciación que el comité de Ética de la SECPAL propone, en cuanto a intencionalidad, proceso y resultado.

	Sedación	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

De los trabajos revisados se extrae que la supervivencia es muy breve desde la indicación de una sedación en la agonía (en la mayoría de los casos < 48 horas)¹¹, y si bien hay autores que consideran que su indicación puede por sí misma precipitar la muerte o contribuir la mayoría consideran que esta aseveración es una frase tan cierta como falta de contenido, en palabras de Porta:

"...tener la certeza de que la sedación en un enfermo agónico acorta su vida presupone de antemano que sabemos a ciencia cierta cuándo ha de morir y que la única causa que va a incidir en acortarle la vida va a ser la sedación..."

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

En una revisión de la literatura de la sedación terminal en medicina paliativa se encontraron, entre los diferentes estudios incluidos, 11 drogas diferentes usadas para este fin. Las dosis empleadas fueron muy dispares hallándose, pues, amplios rangos de dosis para cada fármaco. Estos fármacos y sus rangos de dosis fueron:

- Midazolam 0.42-20 mg/h
- Levomepromazina 2-25 mg/h
- Clorpromazina 0.54-21.9 mg/h
- Haloperidol 0.21 mg/h (dosis media)
- Amobarbital 20-750 mg/h
- Tiopental 20-120 mg/h
- Propofol 10-400 mg/h
- Methohexital 2-5 mg/kg
- Pentobarbital 1-2 mg/kg
- Fenobarbital hasta 33 mg/h
- Tiamilal 20.8-88.3 mg/h

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 ningún ensayo clínico en relación a este tema. Esta ausencia de nivel de evidencia es también apuntada por Braun y colaboradores en su intento de desarrollar una guía de práctica clínica. 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, Krakauer y colaboradores apuntan que las drogas ideales para sedación deben ser aquellas que tengan rapidez de acción, sean fáciles de titular y presenten mínimos efectos secundarios. Hawrylyuk y colaboradores hacen algunas consideraciones con respecto a dosis inicial a utilizar, titulación y dosis máxima. La primera dependerá, según

estos autores, de: exposición previa a opioides y desarrollo de tolerancia a los mismos, edad del paciente, historia previa de abuso de drogas o alcohol, enfermedad y disfunción orgánica subyacente, nivel Sedación en Cuidados Paliativos. Grupo de Tratamiento del PRCP 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: 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 definen 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). 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 puede no estar justificado en aquellos casos donde ya se ha alcanzado el control sintomático.

Con respecto a la controversia de si la sedación puede acortar la vida hay estudios que no lo demuestran. Morita y colaboradores examinan los efectos de opioides y sedantes en las últimas 48 horas. No encontraron diferencias significativas en la supervivencia entre pacientes que recibieron distintas dosis de opioides y de benzodiacepinas. Además no hubo diferencias en la supervivencia de los que recibieron haloperidol, hidroxicina y otros sedantes de los que no lo recibieron.

De los manuales y libros de texto consultados consideramos de especial interés las recomendaciones de Porta en el "Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal" ya que se basan, al igual que recomendaban Hawryluck y colaboradores, en datos como la edad del paciente, su exposición previa a opioides, la causa subyacente, etc. Además, también titula en función de la escala de Ramsay, factores fisiológicos, movimientos, muecas...

Así tras iniciar la sedación Porta sugiere:

1. Revisar, periódicamente el nivel de sedación del paciente (escala de Ramsay)
2. Evaluar sistemáticamente y dejar constancia en la historia clínica:
 - Nivel de sedación
 - Respuesta ante la estimulación:
 - Despertar tranquilo
 - Despertar angustiado
 - Movimientos erráticos
 - Temperatura
 - Secreciones bronquiales
 - Movimientos musculares (faciales o corporales) espontáneos
3. Proporcionar siempre:
 - Presencia
 - Comprensión
 - Privacidad
 - Disponibilidad

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

- Benzodiacepinas (prototipo: Midazolam, fármaco más utilizado en sedación).
- Neurolépticos (prototipo: Levomepromazina: más sedativo que haloperidol y se recomienda su uso por vía subcutánea en lugar de Clorpromazina).
- Barbitúricos (prototipo: Fenobarbital, ya que está permitido su uso por vía subcutánea).
- Anestésicos (prototipo: Propofol. Inicio rápido de acción, duración ultracorta, fácil y rápidamente controlable mediante titulación de dosis en infusión continua y con otros beneficios potenciales-antiemético, anticonvulsivante...-)

Midazolam (ampollas 15 mg/ml)

Benzodiacepina hidrosoluble, por lo que puede administrarse por vía subcutánea de forma segura y con menos riesgo de tromboflebitis por vía endovenosa. Es entre 2 y 3 veces más potente que el diazepam. El inicio de acción por vía subcutánea está entre 5 y 10 minutos. La vida media plasmática es de 2-5 horas. Las dosis empleadas en sedación varían según los estudios que se consideren^{3,23,24}. Dosis diaria máxima recomendada por vía parenteral: 160-200 mg/día.

Levomepromazina (ampollas 25 mg/ml)

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.

Dosis diaria máxima recomendada parenteral: 300 mg/día.

Propofol (viales 10 mg/ml)

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, dura unos 5 minutos y la vida media plasmática es de 40 minutos a 1 hora. Existen varios artículos donde se recoge su experiencia de uso en sedación

Fenobarbital (amp de 200 mg/ml):

Barbitúrico de acción prolongada, su vida media plasmática está entre 50 y 150 horas. Tras administración intramuscular se alcanza el pico plasmático en 2 horas.

En cuanto a las recomendaciones de dosis de los anteriores fármacos, adoptamos el esquema de Porta en función de la vía a emplear³ (importante: tener en cuenta que no existe evidencia suficiente para recomendar dosis o fármacos)

MIDAZOLAM::

Vía Subcutánea

- Administrar un bolus de inducción.
 - Si piensa en una sedación intermitente indique sólo la dosis de rescate.
 - Si piensa en una sedación continua o a ritmo variable inicie una infusión continua subcutánea "ICSC" e indique la dosis de rescate.
1. En pacientes que no tomaban benzodicepinas previamente o muy debilitados:
 - Dosis de inducción en bolus: 2.5-5 mg
 - Dosis de rescate: 2.5-5 mg
 - Dosis inicial en ICSC: 0.4-0.8 mg/h
 2. En pacientes con benzodicepinas previas:
 - Dosis de inducción en bolus: 5-10 mg
 - Dosis de rescate: 5-10 mg
 - Dosis inicial en ICSC: 1-2 mg/h

Vía Endovenosa:

- Administrar un bolus de inducción (diluya una ampolla de midazolam 15 mg/3ml en 7ml 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.
- Si se indica sedación continua o a ritmo variable inicie una infusión continua endovenosa "ICEV" e indique las dosis de rescate (ICEV = dosis inducción x 6; dosis de rescate = dosis de inducción).
 1. En pacientes que no tomaban benzodicepinas previamente o muy debilitados:
 - Dosis de inducción en bolus: 1.5 mg cada 5 minutos.
 2. En pacientes con benzodicepinas previas:
 - Dosis de inducción en bolus: 3.5 mg cada 5 minutos.

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

LEVOMEPRMAZINA:

Si 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.

Vía Subcutánea

- Dosis de inducción en bolus: 12.5-25 mg
- Dosis de rescate: 12.5 mg
- Dosis inicial en ICSC: 100 mg/24h

Vía Endovenosa:

La mitad de las dosis subcutáneas.

PROPOFOL:

Antes de iniciar perfusión:

1. Parar BZD y neurolépticos
2. Reducir opioides a la mitad.

Sólo vía endovenosa y no mezclar con otros fármacos:

- Dosis de inducción en bolus: 1-1.5/kg/iv en 1 a 3 minutos
- Dosis de rescate: 50% dosis de inducción
- Dosis inicial en ICEV: 2 mg/kg/h

FENOBARBITAL:

Antes de iniciar perfusión:

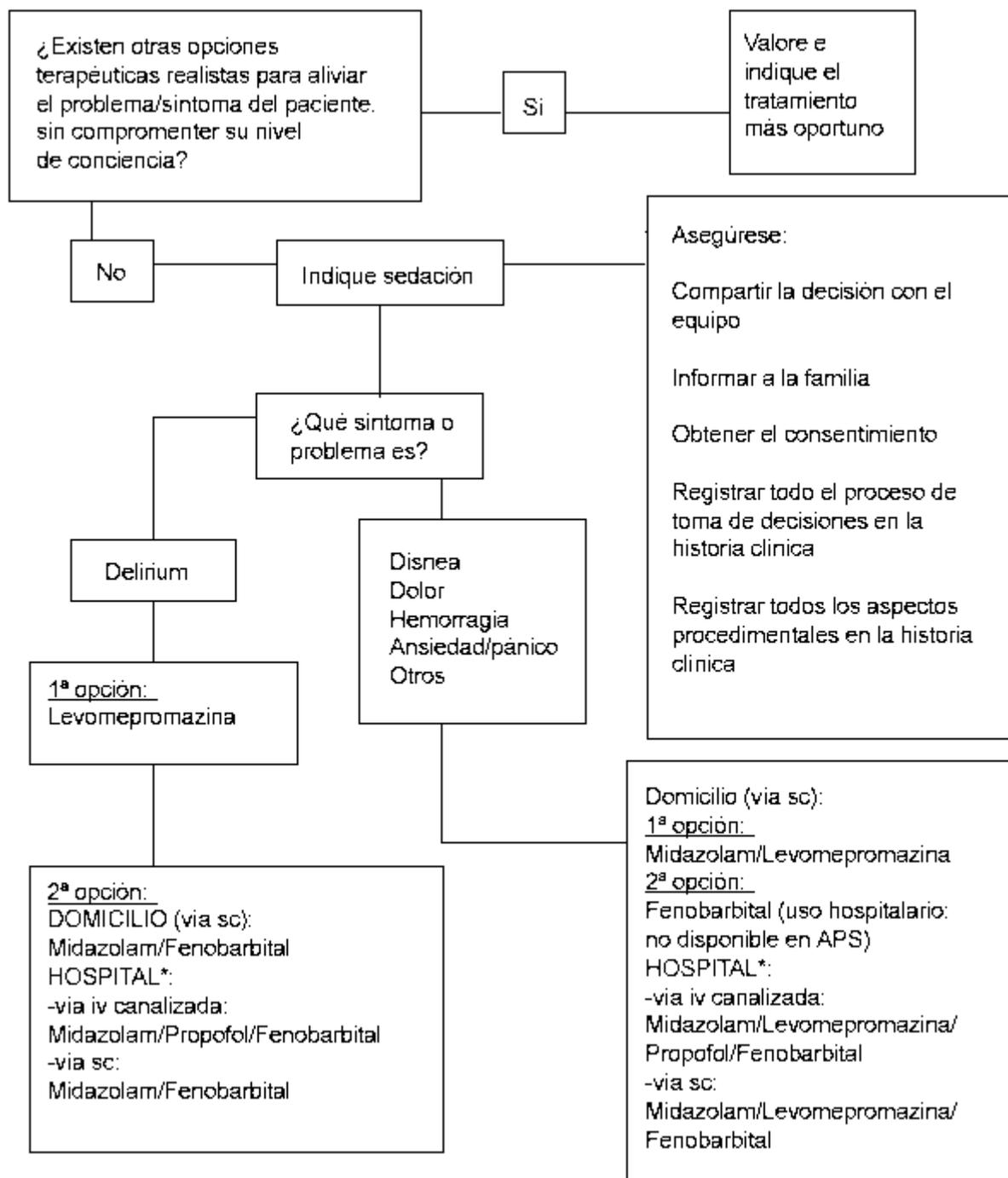
1. Parar BZD y neurolépticos
2. Reducir opioides a la mitad.

Vía Subcutánea y NO mezclar con otros fármacos:

- Dosis de inducción: 100-200 mg IM
- Dosis de rescate: 100 mg IM
- Dosis inicial en ICSC: 600 mg/24h

Vía Endovenosa y 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



En aquellos casos en los que el paciente no tenga vía iv canalizada, optaremos por la vía subcutánea por ser la más cómoda para el paciente y de menos complicaciones.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1 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
- 2 Porta J., Guinovart C, Ylla-Catalá A et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico balear. Med Pal 1999; 6: 108-115
- 3 Porta J. Sedación paliativa. En: Control de síntoma en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Ed ARAN, Madrid 2004.pp: 259-271
- 4 Comité Ético de la SECPAL. Aspectos Éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. Med Pal 2002 (9): 41-46.
- 5 Broeckeaert B. Palliative sedation defined or why and when sedation is not euthanasia. J Pain Symptom Manage 2000;20:S58.
- 6 Porta J., Guinovart C, Ylla-Catalá A et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico balear. Med Pal 1999; 6: 108-115

7 Cherny N, Portenoy R, Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-38

8 Rivas-Flores J., Vilches Aguirre Y, Muñoz Sánchez D, et al. Consentimiento informado en Cuidados Paliativos: Trabajos del Comité de Ética de la SECPAL. *Med Pal (Madrid)* 2002;9:32-6

9 Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, e Al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J pain Symptom Manage* 2004; 28:557-565

10 Azulay Tapiero A, Refle xiones éticas entorno a la sedación terminal. *Med Pal* 9;4:157-158

11 Sykes N, Thorns A. Sedative Use in the Last Week of life and the implications for End-of-Life Decisión Making. . *Arch Intern Med* 2003; 163: 341-4

12 Azulay Tapiero A. La sedación terminal. Aspectos Éticos. *An Med Interna*, 2003;20:645-9

13 Porta Sales J. Reflexiones éticas entorno a la sedación terminal. *Med Pal* 9;4:158-159

14 Cowan JD, Walsh D. Terminal sedation in palliative medicine-definition and review of the literature. *Supportive Care in Cancer* 2001; 9(6): 403-7.

15 Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of Clinical Practice Guideline for Palliative Sedation. *Journal of Palliative Medicine* 2003; 6(3): 425-7.

16 Krakauer EL, Penson RT, Trug RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ Jr. et al. Sedation for intractabl distress of a dying patient: Acute Palliative Care and the principle of double effect. *The Oncologists* 2000; 5: 53-62.

17 Hawryluck LA, Harvey W et al. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care units patients. *BMC Medical Ethics* 2002; 3:3.

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

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

20 Stone P, Phillips C, Spruyt O, Waight C. A comparíson of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat Med* 1997;11:140–144.

21 Sykes N. The management of difficult pain and other symptoms at the end of life. *Pain in Europe III*. Nice, France. September 2000. Abstract ORC/06; 71-72.

22 Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high doses opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*; 2001 (4): 282-289.

23 Fainsinger R. Use of sedation by a Hospital Palliative Care Support Team. *Journal of Palliative Care* 1998; 14(1): 51-54.

24 Christof Muller-Buscht I, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care- a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliative Care* 2003; 2:2.

25 Moyle J. The use of propofol in palliative medicine. *Journal of Pain and Symptom Management* 1996; 10(8): 643-46.

26 Cheng C, Roener-Becuwe C, Pereira J. When midazolam fails. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 23 (3): 256-65.

27 Couceiro A, Núñez JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. *Med Pal* 2001; 8:138-143