



2014

Sedación Paliativa

Autor: *Jon Buruberri Mendo*

Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa

4º Enfermería Trabajo Fin de Grado

Leioa, 14 de Mayo de 2014

RESUMEN

La fase de agonía es una etapa que experimentan las personas con una enfermedad progresiva debilitante varias horas o días antes de fallecer, durante este proceso el equipo interdisciplinar tiene que dar prioridad al confort y a los cuidados esenciales del paciente y de la familia para cubrir sus necesidades. En la fase de agonía puede aparecer una sintomatología imposible de controlar en un tiempo razonable con los medios y fármacos disponibles, entonces se recurre a la sedación como maniobra terapéutica para su adecuado control. El objetivo principal de este trabajo es adquirir unos conocimientos sobre la farmacoterapia utilizada.

Palabras clave: sedación, sedación paliativa, agonía, muerte, eutanasia, cuidados paliativos.

INDICE:

1- Introducción	1-5
2- Objetivos	5
3- Metodología	6
4- Resultados	7-11
5- Discusión	12
6- Conclusión	12-13
7- Bibliografía	13-15

INTRODUCCIÓN

La muerte es el término de la vida, el “cese irreversible de todas las funciones corporales, se manifiesta por ausencia de respiración espontánea y pérdida total de las funciones cardiovascular y cerebral” (1). Antes de que se produzca la muerte la última fase por la que pasa esa persona es la agonía, que se define como: “estado que precede a la muerte” (2) en aquellas enfermedades donde la vida va expirando progresivamente. Este proceso puede durar varias horas o días. Existen varios síntomas premonitorios de esta fase de agonía (2):

- Deterioro progresivo del estado general.
- Pérdida del tono muscular
- Trastornos respiratorios
- Insuficiencia circulatoria
- Afectación sensorial : somnolencia, dificultad de comunicación
- Dificultad o incapacidad en la ingesta
- Síntomas psicoemocionales: crisis de ansiedad, agitación, tristeza,..

Además de estos signos Menten y Hufkens describen 8 síntomas clínicos relacionados con esta fase (2):

- Nariz fría y blanca
- Extremidades frías
- Livideces
- Labios cianóticos
- Somnolencia > 15horas/día
- Estertores
- Pausas de apnea >15 segundos
- Anuria < 300ml/día

Según estos autores la presencia de uno a tres síntomas se relaciona con una fase preagónica, mientras que la presencia de cuatro o más de los mismos desencadenaba la muerte en un 90% de los casos en un intervalo de tiempo de 4 días. Esta fase agónica exige cuidados paliativos intensivos y cuando se diagnostica hay que cambiar los objetivos dando prioridad al confort y a los cuidados esenciales, es decir adoptando una actitud paliativa (Tabla 1) (3) centrada en soporte y alivio de los problemas que se generan en la persona debido a la enfermedad y su entorno social y precisa de un gran apoyo del

equipo sanitario para cubrir las necesidades del paciente como de la familia. (2, 3, 4).

Actitud Curativa	Actitud Paliativa
Supervivencia	Calidad de vida
Enfermedad	Persona
Vida futura	Vida presente
Muerte como fracaso	Muerte natural
Calidad de vida	Calidad de muerte
Emocional indiferente	Emocional esencial
Supervivencia prevista prolongada	Supervivencia prevista limitada

Tabla 1: Diferencias de objetivos entre curar y paliar.

Uno de los derechos que tienen tanto los pacientes como los familiares es el de ser informados de manera clara y comprensible acerca de su situación, salvo que el enfermo renuncie al mismo derecho de ser informado o cuando el medico considere que la información no va a ser beneficiosa para el paciente.

Para tomar una decisión es importante tener el consentimiento explícito del paciente, o el de su representante o familiares cuando el paciente no es capaz de otorgarlo, tal y como se define en la ley 41/2002 de 14 de noviembre en su artículo 3 el consentimiento informado: “conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (5). Además “la ley 5/2003 de 9 de octubre de Declaración de Voluntad Vital Anticipada garantiza el derecho que tiene la persona a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto en que llegado el momento, la persona carezca de capacidad para decidir por sí misma” (4).

Los profesionales de enfermería deben estar preparados para abordar las necesidades del paciente, considerándolo como único, individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort. Todo esto requiere humanización y dedicación. Las/os enfermeras/os deben entender que no solo tratan al paciente sino que también deben tratar los síntomas, dar apoyo psicológico a la familia del enfermo y prevenir el duelo patológico.

En la situación de enfermedad que se encuentran estos pacientes deben recibir unos cuidados generales:

- Higiene corporal y bucal
- Hacerles la cama de manera correcta para evitar úlceras
- Hidratación de mucosa oral y labios
- Limpieza de fosas nasales para facilitar la respiración
- Administrar el tratamiento farmacológico
- Procurar un ambiente tranquilo
- Cambios posturales
- Cuidados de la piel

Por otro lado el estado en el que se encuentra la familia del enfermo está caracterizado por un gran impacto emocional y el primer paso para poder apoyar a los familiares en esta situación debe ser reconocer sus problemas por ejemplo: cansancio físico, aumento de la demanda de asistencia, ansiedad, sentimientos de culpa,...y para ello la actitud del equipo asistencial con respecto a los familiares debe basarse en una escucha activa con la intención de responder a sus preocupaciones y tratando de comprender sus reacciones emocionales, para ello los profesionales de enfermería tienen la obligación de:

- Intentar aliviar los sentimientos de culpa
- Dar apoyo emocional
- Animar a la familia a que sigan expresando su cariño hacia él
- Respetar las manifestaciones de sentimientos
- Hablarles sobre los tramites que han de realizarse tras el fallecimiento
- Facilitar la presencia de familia
- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si necesitan algo
- Ayudar a prevenir el duelo patológico
- Ayudar a los familiares en la fase de duelo patológico
- Informar sobre la situación del paciente

El cumplimiento de los cuidados anteriormente mencionados, haciendo referencia al enfermo como a la familia hace que la relación entre el equipo asistencial y la familia sea más cordial y cercana. Es importante mencionar que muchos de los pacientes que se encuentren en esta situación de agonía estarán bajo una sedación farmacológica para el correcto control de los síntomas refractarios que se definen como "síntomas que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles en un periodo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente" (4). Los profesionales sanitarios debemos saber diferenciar un síntoma refractario de un síntoma difícil que es

“aquel que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico” (4). (3-12).

La sedación definida como “acción producida por sustancias que disminuyen la sensación de dolor, principalmente la excitación del sistema nervioso central, que está relacionada con sus cualidades analgésicas, tranquilizantes e hipnóticas” (12) que se utiliza en estos enfermos se denomina sedación paliativa y consiste en la disminución del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración deliberada de fármacos apropiados para lograr evitar el sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Esta técnica también puede llevarse a cabo durante la fase de agonía con la intención de aliviar el sufrimiento intenso físico o psicológico cuando el paciente está en sus últimos días de vida.

La sedación en la fase de agonía es tan profunda como sea necesaria y su evaluación se realiza mediante la escala Ramsay (Tabla 2) (8). Esta debe constar en la historia clínica, al igual que las hojas de evolutivos donde aparecerán. (4, 5, 8-10, 12)

Escala Ramsay	
I	Agitado, angustiado
II	Tranquilo, orientado y colaborador
III	Respuesta a estímulos verbales
IV	Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos
V	Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos
VI	No respuesta

Tabla 2: Escala Ramsay

No obstante, en numerosas ocasiones, hay personas que pueden llegar a pensar que la sedación paliativa no es más que una eutanasia encubierta, pero, se pueden observar bastantes diferencias en cuanto a la intencionalidad, procedimiento empleado y el resultado obtenido. Aunque la principal diferencia se puede apreciar desde la ética y la deontología médica. (Tabla 3). (2-5, 9, 10, 13)

	Sedación	Eutanasia
Intencionalidad	Aliviar Síntomas Refractarios	Provocar la muerte
	Disminución de la percepción frente al sufrimiento	
Proceso	Indicación clara y contrastada	Fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
	Fármacos y dosis en función de la respuesta del paciente	
	Evaluación continua y registro en la Historia Clínica	
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte

Tabla 3: Diferencias entre Sedación y Eutanasia.

En los últimos años nuestro país ha sufrido cambios demográficos que repercuten en la actualidad llegando a incidir sobre el sistema sanitario y la sociedad, siendo el envejecimiento poblacional la principal causa del incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades debilitantes progresivas. (11, 14).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- ❖ Control y manejo de los fármacos empleados en la sedación por parte del personal de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Determinar la actuación de la enfermería en relación al cuidado de un paciente con sedación paliativa
- Conocer y valorar los requerimientos necesarios para aplicar la sedación
- Diferenciar entre Sedación y Eutanasia

METODOLOGIA

La búsqueda de referencias bibliográficas se ha realizado en diferentes etapas, siguiendo unos criterios específicos para conseguir encontrar una bibliografía adecuada para la realización del trabajo. Se han buscado diferentes fuentes: artículos, estudios, revisiones bibliográficas, tesis,... Las diferentes etapas que he seguido consisten en:

La primera etapa en la que he seleccionado gran cantidad de artículos, estudios, revisiones,.. relacionadas con la sedación paliativa. Para una adecuada búsqueda he utilizado palabras clave como: sedación, sedación paliativa, cuidados paliativos, muerte, agonía,... Además del uso de estas palabras, en algunas ocasiones debido a la gran cantidad de artículos he limitado la búsqueda a fuentes del año 2008 en adelante. Todo esto buscando en las bases de datos que consideraba más adecuadas por ejemplo: Cuiden, Elsevier, Scielo, Dialnet, Crochane , Scopus, Pubmed y página principal de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos(SECPAL) llegando a una cantidad de 43 referencias bibliográficas. Es importante resaltar que cada base de datos tiene diferentes formatos para realizar la búsqueda, con lo cual se han puesto en marcha diferentes filtros dependiendo de la base de datos para lograr obtener los resultados esperados.

Una vez escogidas las fuentes comenzamos la siguiente fase, en la que leemos los títulos y resúmenes de la bibliografía obtenida con el fin de determinar si son válidas o no para el cumplimiento de los objetivos del trabajo.

La última fase consiste en la lectura completa e intensa de las diferentes fuentes seleccionadas como válidas para la realización del trabajo.

- **Criterios de inclusión:** referencias bibliográficas en castellano o inglés, que la mitad o más de estas sean del año 2008 en adelante y que tengan una relación con los objetivos del trabajo.

- **Criterios de exclusión:** fuentes que no estén actualizadas, que no tengan una relación con los objetivos del trabajo, fuentes en idiomas diferentes al inglés y castellano.

RESULTADOS

A continuación se explican los resultados obtenidos tras la lectura de las fuentes seleccionadas una vez aplicados los criterios de exclusión e inclusión, obteniendo un total de diecisiete referencias bibliográficas para realizar el trabajo. Comenzaremos hablando de la vía de administración y los fármacos más utilizados. Después comentaré los resultados de algún estudio leído en las referencias bibliográficas. Es importante mencionar que en el trabajo destaca una superioridad del material bibliográfico del modelo biomédico.

La vía de elección de los fármacos depende de la situación clínica en que se encuentre el paciente. Se puede utilizar la vía venosa como primera opción ya que aporta una mayor rapidez de acción de los fármacos, en caso de no poder acceder a ésta se utilizara la vía subcutánea como alternativa. Es importante recordar que al paciente en situación de agonía que no posee una vía venosa o que la pierde no tiene sentido canalizarle una.

Los fármacos utilizados para la sedación pueden clasificarse en cuatro grupos:

- Benzodiazepinas
- Neurolépticos
- Barbitúricos
- Anestésicos

Dentro de las benzodiazepinas nos encontramos con el midazolam que es el fármaco de primera elección. El midazolam se presenta en ampollas de 5mg/5ml, 15mg/3ml y 50mg/10ml. Este fármaco se puede utilizar por vía venosa o subcutánea variando así su dosis de inducción en función de la vía utilizada, por vía subcutánea de 2,5-5 mg o 5-10mg si tomaba benzodiazepinas, administrar cada 4 horas. Por vía venosa 1,5-3,5 mg cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación deseado. La dosis máxima debe ser inferior a 200mg/día y la dosis de rescate es similar a la dosis de inducción. Este fármaco también se puede administrar de manera continua mediante infusores:

- Vía subcutánea: 0,4-0,8 mg/h o 1-2 si tomaba benzodiazepinas
- Vía endovenosa: dosis inducción x 6

El midazolam es un fármaco de acción rápida y tiene una vida media de 2-5 horas. (2, 5, 6, 8)

La levomepromazina es un neuroléptico que se presenta en ampollas de 25mg/ml. El fármaco se puede utilizar por vía venosa o subcutánea variando su dosis de inducción que en la vía endovenosa es la mitad que en la subcutánea (12,5-25mg). La dosis máxima diaria de este fármaco es 300mg/día y tiene una vida media de 15-30 horas. También puede administrarse de manera continua siendo la dosis 100mg/día por vía subcutánea y 50mg/día en vía venosa. Es importante recordar que este fármaco es siempre la primera opción cuando el síntoma refractario es el delirium y si falla la sedación con midazolam en cuyo caso habría que reducir la dosis de éste un 50%. (2, 5, 6, 8).

Otro neuroléptico que se utiliza es el haloperidol aunque no tiene una potencia sedativa alta por lo que no se recomienda como neuroléptico de primera elección en la sedación. Se presenta en ampollas de 5mg/ml y está indicado como tratamiento en el delirium y como antiemético. Tiene una vida media de 13-25 horas y las dosis empleadas son bajas 20mg/24horas. (5, 8).

En el grupo de los barbitúricos tenemos el fenobarbital indicado cuando el midazolam y la levomepromazina fracasan. Antes de iniciar la administración de este debemos suspender las benzodiacepinas y los neurolépticos además de reducir la dosis de opioides al 50%. Es un barbitúrico de acción prolongada con una vida media entre 50 y 150 horas. Se presenta en ampollas de 200mg/ml y se puede administrar por vía venosa, intramuscular y subcutánea.

- Intramuscular: dosis de inducción 100-200mg
- Infusión continua subcutánea: dosis de inducción 600mg/24horas ajustándose dependiendo de la respuesta del paciente.
- Endovenosa: la dosis de inducción 2mg/kg o en infusión continua 1mg/kg/h. (2, 5, 6, 8).

El propofol pertenece al grupo de los anestésicos. Es un sedante de acción ultracorta que reduce el flujo craneal, disminuye la presión intracraneal y tiene efecto antiemético. La dosis de inducción es de 1-1,5 mg/kg por vía venosa, su acción se inicia en 30 segundos y dura aproximadamente 5 minutos. Al igual que el fenobarbital no se debe mezclar con otros fármacos, por lo que debemos retirar las benzodiacepinas, los neurolépticos y reducir los opioides a la mitad. El propofol se presenta en ampollas de 10mg/ml y tiene una vida media de 40 minutos. La dosis de inducción es de 1-1,5mg/kg en un intervalo de tiempo de 1-3 minutos y en caso de infusión continua 1-2mg/kg/h ajustándose según la

respuesta del paciente. Es importante recordar que la dosis de rescate corresponde a la mitad de la dosis de inducción. (2, 5, 6, 8).

Durante la sedación en la agonía es de vital importancia mantener algunos fármacos como la Hioscina y la morfina, ambos por su capacidad sedante; cabe destacar que la hioscina también se emplea para tratar los estertores que padecen los pacientes. La hioscina se presenta en: (5)

- N-butilbromuro de hioscina: ampollas de 20 mg/ml; moviéndose en intervalos de 20-40 mg cada 8 horas. Se puede administrar por vía venosa o subcutánea.

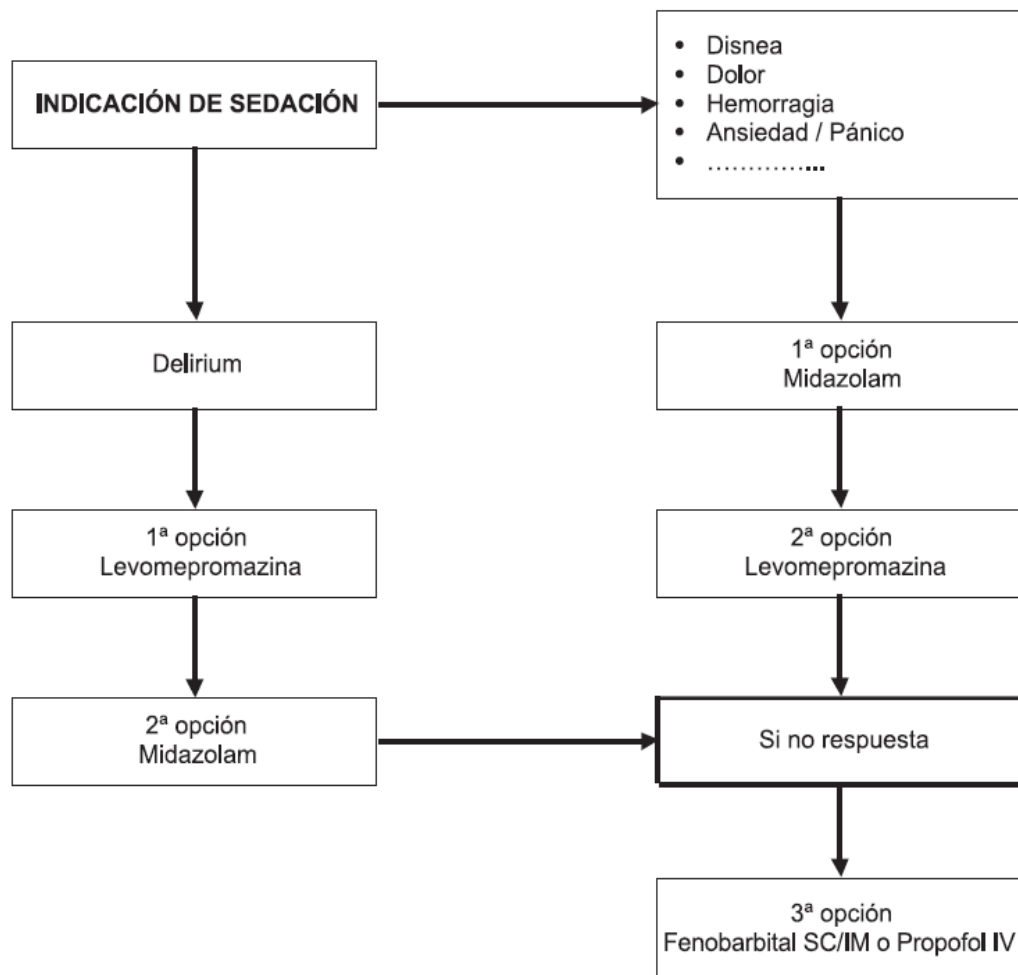


Tabla 4: Algoritmo sedación paliativa. (2)

En la guía de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) sobre la sedación paliativa se hace mención a un estudio relacionado con las diferentes drogas utilizadas y la dosis. Pudiendo observar que las dosis empleadas (tabla 5) (10) fueron muy dispares obteniendo unos resultados:

FARMACOS	DOSIS
Midazolam 0,42- 20 mg/h	0,42-20 mg/h
Levomepromazina	2-25 mg/h
Haloperidol	0,21 mg/h (dosis media)
Propofol	10-400 mg/h
Fenobarbital	hasta 33 mg/kg

Tabla 5: Rango Dosis Fármacos.

- 1- El fármaco más utilizado 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.” (10)

- 2- “Algunas personas piensan que la sedación puede acortar la vida. Así Morita y colaboradores examinaron los efectos de los opioides y sedantes en las últimas 48 horas y no encontraron ninguna diferencia significativa en la supervivencia de 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”. (10)

Según otro estudio realizado por Rojas Alcantara P., Campos Aranda M., et al, leído en las referencias bibliográficas, se observó mediante un cuestionario que tres cuartos de la población están a favor de la sedación, en estos resultados se recogían datos de cómo afrontar el proceso de dolor y muerte. La muestra poblacional recogía 700 ciudadanos entre los 18 y los 89 años de edad de los cuales el 65,9% son mujeres y el 34,1% hombres y el 30,6% del total tienen estudios relacionados con la sanidad. “Los que tienen contacto con la sanidad, las mujeres y los que su edad está comprendida entre 23-60 años tienden a preferir la opción de la sedación. Por otro lado, Los jóvenes y los hombres optan por mantenerse conscientes. Aquellas personas que por su experiencia han visto

morir y sufrir prefieren la sedación aliviando así el sufrimiento al final de la vida, tanto para sí mismos como para sus familiares” (15).

En otro estudio relacionado con la farmacoterapia se responde a la cuestión de si influyen los antecedentes de consumo de sustancias adictivas como el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína,... en la necesidad de sedación en el paciente crítico. Formando 2 grupos con los mismos criterios diferenciándose estos grupos por antecedentes de consumo de este tipo de sustancias. Se incluyeron 54 pacientes en este estudio de los cuales 30 no tenían relación con el consumo de sustancias y 24 con antecedentes de consumo de las mismas. “El análisis estadístico de las necesidades cualitativas y cuantitativas de los fármacos utilizados con finalidad de analgesia o de sedación no mostro ninguna diferencia significativa entre uno u otro grupo.”(16). No obstante este estudio tiene diversas limitaciones , entre estas “el reducido número de casos recogidos, el no haber estratificado el grado de adicción ni el tipo de sustancia y el no haber verificado el consumo reciente de estas a través de un análisis toxicológico sistemático. Por ello no se descarta que en un estudio a mayor escala pudiese demostrar lo contrario.” (16).

Por último “algunos autores han estudiado, a partir de las opiniones de los familiares, los factores relacionados con una buena calidad de muerte. Los autores estudiaron estos factores mediante el cuestionario de Quality of Dying and Death en el que los familiares ponderaban los diferentes indicadores y los resultados se comparaban con la apreciación de los mismos sobre la calidad de muerte del enfermo. Los factores que más se asociaban a mejor calidad de muerte eran:” (2)

- Mejores relación/comunicación con el equipo de atención sanitaria.
- Mayor disponibilidad de los miembros del equipo de atención
- Presencia de los familiares
- Menor carga sintomatológica
- Mejor control de la sintomatología
- Dejar las cosas en orden
- Muerte en la localización elegida por el paciente.

DISCUSION:

El objetivo del trabajo se ha podido cumplir gracias a la información obtenida de las diferentes fuentes bibliográficas sobre la farmacoterapia utilizada en la sedación paliativa. No obstante para poder entender el rol de la enfermería en este tipo de pacientes es necesario recurrir a la disciplina paliativa, ya que en la mayoría de las fuentes predomina el modelo biomédico y no se hace referencia a los procedimientos llevados a cabo por el personal de enfermería.

Los artículos utilizados para realizar el trabajo están actualizados y su contenido es adecuado. Dentro del abanico de artículos utilizados para el trabajo se presentan varios estudios que sirven para reforzar los conocimientos adquiridos sobre la farmacoterapia utilizada en la sedación, sirviendo para ampliar la información obtenida y cumplir el objetivo de la revisión. Aunque alguno de ellos no pueda aportar una fiabilidad absoluta debido a la escasa muestra poblacional utilizada para su desarrollo.

Las limitaciones que se han presentado durante la realización de este trabajo han sido varias siendo una de las principales la escasa información obtenida sobre los procedimientos realizados por la enfermería, otra consiste en una serie de carencias de habilidades para ejecutar una búsqueda apropiada en las diferentes bases de datos suponiendo una peor obtención de resultados y un empleo excesivo de tiempo para la adquisición de los documentos , teniendo que realizar varias búsquedas en las diferentes bases de datos.

CONCLUSION

- Es importante tener unos conocimientos sobre la farmacoterapia utilizada en cuanto a sus dosis y sus posibles contraindicaciones, así como la prioridad de fármacos utilizados para la sedación.
- El papel de la enfermería es fundamental para los pacientes en esta situación y para su familia, ya que estos profesionales deben dar unos cuidados individualizados y deben asumir una gran responsabilidad, por tanto deben tener una buena formación tanto a nivel teórico como psicológico y emocional.

- Necesidad de cumplir unos requisitos para poder utilizar la maniobra terapéutica de la sedación, tales como constatar en la historia clínica el motivo por el cual se procede a aplicar la sedación, la monitorización de la misma, la presencia del consentimiento informado y la existencia del testamento vital.
- No obstante y pese a la gran cantidad de estudios y revisiones bibliográficas sobre este tema sigue existiendo la controversia y los problemas éticos en relación a la sedación y la eutanasia encubierta, aunque quede clara la diferencia entre una y otra en cuanto a la intencionalidad, proceso y resultado.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Descriptores en Ciencias de la Salud. DECS. [Internet]. 2014 [citado 10 Abril de 2014] Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Muerte
- 2- Alonso Alberto, Díez Leyre y Vilches Yolanda. Atención en la Agonía. *Psicooncología*. 2008; Vol.5, Nº 2-3: 279-301.
- 3- Sanz Jaime. La Sedación Paliativa como Lex Artis en el Cuidado del Final de la Vida. *Psicooncología*. 2008; Vol.5, Nº 2-3: 265-277.
- 4- Boceta Osuna Jaime, Cia Ramos Rafael, Cuello Contreras José Antonio, Duarte Rodríguez Miguel, Fernández López Auxiliadora, Fernández de la Mota Elvira. Sedación Paliativa y Sedación Terminal: Orientaciones para la toma de Decisiones en la Práctica Clínica. 2005. Andalucía. Consejería de Salud. 2005.
- 5- CGCOM.es [Internet].Madrid: CGCOM, SECPAL; 2011 [citado 20 Feb de 2014]Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa.pdf
- 6- SECPAL.es. [Internet].Madrid: SECPAL; 2005 [citado 20 Feb. de 2014] Disponible en: http://secpal.com/b_archivos/files/archivo_225.pdf

- 7- SECPAL. Libro Blanco sobre Normas de Calidad y Estándares de Cuidados Paliativos de la SECPAL. N°0. SECPAL. 2012. [citado 20 Feb de 2014]. Disponible en:
http://www.secpal.com/b_archivos/files/monografia_secpal_00.pdf
- 8- García Polo Cayo. Cuidados Paliativos en el Paciente Respiratorio Terminal. Neumosur [Internet]. 2007[citado 20 Feb. de 2014]; [Vol. 19, N°. 2, 2007](#) , págs. 91-108. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2934645>
- 9- Casas Martínez Ma. De la Luz. Sedación Terminal, Eutanasia y Bioética. Rev. Cubana de Medicina [Internet]. 2005[citado 12 de Enero 2014]; Vol.44, N° 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232005000500013&script=sci_arttext
- 10- SECPAL.es [Internet]. Extremadura. Grupo de Trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud.2006. [citado 12 Enero de 2014]. Disponible en:
http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=8
- 11- Dr. Jorge Luis Soriano García, Dra. Mayté Lima Pérez, Dr. Noyde Batista Albuerne, Dr. Reimer Febles Cabrera, Dra. Dunia Morales Morgado. Midazolam en la Sedación Paliativa Terminal de Pacientes con Cáncer Rev. Cubana de Medicina [Internet]. 2011 [citado 12 Enero de 2014]; Vol.50, N° 4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000400004&script=sci_arttext
- 12- Jairo Moyano, Carlos Guerrero, Sofía Zambrano Psic, Ángela Hernández. Anestesiología y sedación paliativa: pertinencia, aspectos éticos y clínicos. Rev. Colombiana de Anestesiología [Internet].2006 [citado 12 Enero de 2014]; Vol. 34, N°3. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472006000300011&lang=pt

- 13- David Santos*, Adriana Della Valle, Psic. Beatriz Barlocco, Lic. Jeannette Pereyra, Delia Bonilla. Sedación Paliativa: Experiencia en una Unidad de Cuidados Paliativos de Montevideo. Rev. Médica de Uruguay[Internet]. 2009 [citado 12 Enero de 2014]; Vol. 25, Nº 2. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952009000200002&script=sci_arttext
- 14- Virginia Meneses Campos, M^a Teresa Meneses Jiménez, María José Campos San Segundo, Ana María Moreno Rodríguez. Sedación Paliativa y Marco Social desde la Perspectiva Enfermera. Rev. Paraninfo Digital [Internet]. 2013[citado 20 de Feb de 2014];Vol.19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/031d.php>
- 15- Rojas Alcántara, P., Campos Aranda, M., González Quijano, A., Campoy Moreno, J., González Guardiola, M.D., Gutiérrez Andrés, M.. Decisiones ante una Enfermedad Terminal con Dolor Extremo. Rev. Enfermería Global. [Internet]. 2007[citado 20 de Feb. De 2014]; 11. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cid=616281_1
- 16- T.Ruiz, S.Nogué, E. Zavala y A. Cirera. ¿Influyen los antecedentes de consumo de sustancias adictivas en la necesidad de sedación del paciente crítico? Rev. Medicina Intensiva. [Internet]. 2010[citado 12 Enero de 2014]; Vol. 34, Nº6. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000600012&lang=pt
- 17- Tulio Velasquez. Agonía y Muerte Asistida. Rev. Dolor Clínica y Terapia [Internet]. 2009[citado 20 Feb. de 2014]; Vol. 6, Nº 4. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61294>