



¿ES NECESARIO PRECISAR EL CONCEPTO DE SEDACIÓN?

DO WE NEED A MORE PRECISE DEFINITION OF WHAT SEDATION IS?

ÁLVARO SANZ RUBIALES⁽¹⁾, FRANCISCO BARÓN DUARTE⁽²⁾,
MARÍA LUISA DEL VALLE RIVERO⁽³⁾

⁽¹⁾ Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

⁽²⁾ Complejo Hospitalario de Santiago. Santiago de Compostela.

⁽³⁾ Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Oncología Médica. Hospital Universitario del Río Hortega

cl Dulzaina, 1 - 47012 Valladolid. Teléfono: 983420400

E-mail: asrubiales@hotmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Cuidados Paliativos,
sedación paliativa.

Recibido: 06/04/2014

Aceptado: 29/11/2014

La sedación paliativa se define como la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objeto de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios; la sedación en la agonía se asume como continua y tan profunda como sea necesario. La experiencia clínica muestra situaciones concretas donde es probable que exista una cierta confusión de términos. Así, se pueden entender de manera errónea como sedación paliativa los casos de tratamiento sintomático del delirium hiperactivo en la etapa de últimos días (una situación que se presenta a menudo como la primera causa de sedación en agonía) o aquellos en que se lleva a cabo un aumento progresivo de la medicación paliativa, que con frecuencia puede tener un efecto sedante, paralelo a la mayor intensidad de los síntomas en enfermos con un deterioro severo debido a la progresión de la enfermedad. En ambos casos se emplean fármacos con efecto sedante para aliviar las complicaciones clínicas y el sufrimiento en un enfermo que tiene la muerte cercana pero las circunstancias del enfermo, el objetivo de estos tratamientos y el modo en que se emplean no coinciden con la definición de sedación paliativa.

ABSTRACT:

Keywords:

Palliative Care,
palliative sedation.

Palliative sedation is defined as the deliberate reduction in the level of consciousness of the patient by administering the appropriate drugs in order to avoid intense suffering caused by one or more refractory symptoms; sedation in the patient who is in his last days or hours of life is assumed to be continuous and as deep as needed. Clinical experience shows specific situations where it is likely that there is some confusion of terms. We could erroneously understand as palliative sedation the cases of symptomatic treatment of hyperactive delirium in a patient in its last days (a situation that sometimes is presented as the first cause of palliative sedation) or those in which it is carried out a progressive increase in the palliative treatment that often have a sedative effect, parallel to the increased severity of symptoms because of disease progression in severe ill patients. In both scenarios, sedating drugs are used to relieve end-of-life clinical complications and suffering but the circumstances of the patient, the goal of these treatments, and the way they are used do not match the definition of sedation.

1. Introducción

La ética de la sedación paliativa parece una cuestión “resuelta”, tanto en el perfil clínico como en el bioético, especialmente tras la publicación de la Guía de la sedación paliativa por parte de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y de la Organización Médica Colegial (OMC)¹. Nuestra intención no es reiniciar debates que perdieron fuerza e interés hace años² sino recordar que sigue habiendo motivos de controversia que se reflejan, por ejemplo, en por qué hay tantas diferencias entre las publicaciones en la incidencia de sedación que se presentan³. Más allá de una cierta variabilidad en el manejo clínico, es probable estas diferencias se deban a cuestiones de concepto que llevan a que se entiendan como sedación algunos tratamientos y actitudes que no se adaptan al concepto original. De acuerdo con la Guía, se define como sedación paliativa “la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objeto de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios”; la sedación paliativa en la agonía es la del enfermo “en sus últimos días u horas de vida” y se asume como “continua y tan profunda como sea necesario”. De ordinario se exige que el enfermo o, en su defecto la familia, haya otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación (aunque no se recomiende la firma de ningún documento) y que haya tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales. Aunque esta no es la única definición, es cierto que la mayoría de los autores

coincide en los criterios principales^{4,5,6}. Aun así, es posible encontrar situaciones concretas donde se percibe una cierta confusión de términos. Son los casos que llevan a entender como sedación paliativa (en la agonía) las situaciones de tratamiento sintomático del delirium hiperactivo en la agonía o la etapa previa a la agonía (“situación de últimos días”⁷) y las del aumento progresivo de la medicación paliativa con efecto sedante para aliviar el aumento en intensidad de los síntomas (pareja a la progresión de la enfermedad de base: cáncer...) en pacientes con deterioro severo.

2. Sedación y delirium hiperactivo

En el enfermo con patología avanzada, la sedación paliativa es una opción terapéutica que puede ser no sólo razonable sino recomendable para aliviar el sufrimiento debido a un síntoma severo refractario. Pero lo adecuado es que el propio enfermo, si tiene condiciones físicas y psicoemocionales, comprenda el escenario y dé su consentimiento. Es decir, se exige que el paciente acepte la sedación. Porque podría suceder (y no sería extraordinario) que el paciente consciente y lúcido prefiriera continuar asumiendo un dolor, una disnea o un sufrimiento emocional severos pero no “despersonalizantes” antes que entrar en una situación de sueño inducido del que es previsible que no despierte... En un paciente que no tuviera (plena) capacidad para decidir se debería tener en cuenta si ya ha otorgado un consentimiento previo en previsión de una situación de más deterioro o bien lo que hubiera expresado en las instrucciones previas, la opinión delegada o las *decisiones de representación* en que sus familiares o cuidadores más próximos estiman lo que habría considerado en su situación actual. En uno u otro caso, la decisión debería

1 *Guía... Sedación paliativa*. Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Médicos, Pontevedra, 2012.

2 En los noventa se había precisado bastante bien el concepto de sedación terminal. Aun así, al menos en el ámbito de los Cuidados Paliativos, persistió durante años cierto debate sobre las diferencias entre sedación y eutanasia. Se podría decir que este debate se cerró tras la publicación en 2002 de Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos por parte de la SECPAL. La cuestión volvió a tener relevancia cuando se difundieron los casos de fallecimiento en las Urgencias del Hospital de Leganés y se inició un proceso legal por este motivo.

3 Sancho Zamora, MA. “Sedación paliativa”. *Medicina Paliativa* 20, (2013), 73-74.

4 Verkerk, M., van Wijlick, E., Legemaate, J., de Graeff, A. “A National Guideline for Palliative Sedation in The Netherlands”. *Journal of Pain & Symptom Management* 34, (2007), 666-670.

5 Cherny, NI., Radbruch, L. “European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care”. *Palliative Medicine* 23, (2009), 581-593.

6 Kirk, TW., Mahon, MM. “National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients”. *Journal of Pain & Symptom Management* 39, (2010), 914-923.

7 Ellershaw, J., Ward, C. “Care of the dying patient: the last hours or days of life”. *British Medical Journal* 326, (2003), 30-34.

ser el resultado de una ponderación (personal o delegada) que fundamentada en los valores del paciente que deberían tener, un cierto respaldo en los hechos de su propia biografía; unos valores que aunque nos pudieran resultar paradójicos son siempre respetables y deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones.

Puede darse el caso de que el médico entienda como evidente la indicación de sedación (por el deterioro, el pronóstico, el sufrimiento que percibe en el enfermo...) y que el paciente consciente no esté de acuerdo. Desde el momento en que se admite que el paciente decide y opta se puede decir que cuando se plantea una sedación paliativa, incluso en la agonía, siempre *existe una alternativa*: que el paciente considere en su escala de valores como "más benéfico" o "menos maleficio" mantener la conciencia (aunque sea con padecimiento) que el alivio conseguido con una inducción al sueño que le quita autoconciencia y capacidad de relación y del que no espera despertar. Con otras palabras; en un enfermo en situación terminal y con sufrimiento severo la sedación se puede iniciar... o no, en función de lo que decida el paciente, consciente de su situación, de las opciones y sus consecuencias. En todo caso, la experiencia es que esta situación *ideal* de enfermo "consciente y sufriente" con síntomas refractarios es poco frecuente, lo normal es que el paciente tenga limitada su capacidad para participar en la toma de decisiones de lo que muchos entienden como "sedación en la agonía"⁸.

8 Una situación que tiene ciertas semejanzas es la del paciente aparentemente "autónomo" pero en el que el sufrimiento derivado de los síntomas físicos y/o del impacto psico-emocional le limitan en la toma de decisiones. No hay que olvidar que, en ocasiones, el sufrimiento "despersonaliza". El médico se da cuenta de que el enfermo, aunque no esté incapacitado formalmente, puede no estar en condiciones para tomar ciertas decisiones porque percibe que no llega a comprender y a procesar adecuadamente la información sobre su situación y las posibles opciones, si es que la información no le genera más angustia e inseguridad o incluso lo deja en situación de bloqueo... Por este motivo, asume que las decisiones que pudiera tomar el paciente no resultarían muy fiables. En este escenario son legítimas las dudas sobre si se debe o, incluso, si se puede plantear a este enfermo una sedación paliativa y sobre si sería ético confrontarle con una información y una decisión de este peso. Este escenario no se limita a la conveniencia inmediata de una sedación en una situación de sufrimiento severo y muerte inminente sino también a una planificación de cuidados en que se adelanta la toma de decisiones sobre situaciones probables previsibles. Si las instrucciones previas y las decisiones de representación no resuelven esta toma de decisiones, la práctica habitual es que éstas se deleguen, total o parcialmente, en la familia. Pero la familia pudiera rechazar la recomendación de iniciar una sedación terminal

Son muchos los profesionales que describen que llevan a cabo sedación en la agonía en situaciones de delirium, generalmente hiperactivo (agitación...). Y hay series publicadas que consideran el delirium como la primera causa de indicación de sedación paliativa en la agonía⁹. Sin embargo, este escenario de delirium hiperactivo no se adapta a la descripción de sedación que exige que el paciente (o aquél que lo represente), consciente de su situación, de las opciones y sus consecuencias opte por aceptar la sedación. En el tratamiento del delirium hiperactivo, agitado, en que no hay respuesta a un posible tratamiento etiológico, también en el delirium fuera de una situación terminal, se recomienda de ordinario administrar neurolepticos, normalmente aquellos con un perfil más sedante, que llevan a "bloquear" al paciente y ocasionalmente a "dormirlo". Si es un delirium refractario, especialmente si el pronóstico de vida del paciente es muy limitado, no sólo se acepta sino que incluso se recomienda administrar benzodiazepinas (es decir, fármacos de perfil eminentemente sedante) para reducir la agitación y facilitar que el paciente se relaje¹⁰. Con un enfermo en delirium agitado, aunque la muerte esté cercana (o tal vez por ese mismo motivo) y aunque el tratamiento pudiera acortar el pronóstico a corto plazo, es difícil encontrar una excusa que justifique que no se administren los fármacos adecuados (con un perfil sedante más o menos acusado) que permitan aliviar el cuadro. En esta situación no se habla de posibles alternativas: no se puede "hacer o no hacer". Si el paciente no recibía tratamiento específico y no es posible indicar un manejo etiológico del delirium (o si no responde a este tipo de manejo) lo adecuado es comenzar con neurolepticos. Si el enfermo ya recibía la medicación

(bien porque no comprende la situación o porque la vivencia de una manera peculiar). En una situación así, en que la limitación en la capacidad de consentimiento se asocia a una negativa de los familiares se puede llegar a un conflicto ético entre "lo que debo hacer" y "lo que me dejan hacer", y sería preciso definir (a veces con el asesoramiento del Comité de Ética Asistencial) cuál es la actitud práctica más adecuada para evitar que el paciente continúe sufriendo porque la familia de manera delegada rechace la posibilidad de una sedación.

9 Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P., Broeckaert, B. "Palliative sedation: a review of the research literature". *Journal of Pain & Symptom Management* 36, (2008), 310-333.

10 Centeno, C., Sanz, A., Bruera, E. "Delirium in advanced cancer patients". *Palliative Medicine* 18, (2004), 184-194.

indicada o si se trata de un delirium refractario al tratamiento habitual (se describe que hasta uno de cada tres pacientes avanzados con delirium no responden a neurolepticos¹¹), se deberían administrar los fármacos sedantes (y las dosis) necesarios para frenar la agitación.

Es decir, el alivio de esta agitación refractaria, insistimos, supone casi necesariamente fármacos de perfil sedante (para lograr “una sedación”... pero fuera de los criterios de sedación paliativa en la agonía). Esta intervención no se adapta al concepto original ya que administrar fármacos y dosis sedantes en el delirium agitado de un paciente avanzado no se entiende como una opción sino como una indicación: *no es algo que “puede no hacerse”* ya que no hay una alternativa clínica ni ética¹². En la medida en que lo que se hace es “apaciguar, sosegar, calmar”¹³, el efecto de este tratamiento se puede entender como sedar, pero no se pretende “dormir para aliviar” sino que lo que se trata es directamente el proceso (delirium) con el que es su tratamiento sintomático adecuado. En el escenario concreto del enfermo en situación de últimos días o de agonía no sería razonable (“no sería ético”) omitir un tratamiento que lo tranquilice (lo “sede”) de modo que evite que viva sus últimas horas en un cuadro de agitación. Dejar de tomar medidas para controlar un delirium agitado en cualquier enfermo supone un error por omisión, al no actuar para aliviar una situación de sufrimiento potencialmente sensible. Esto es aún más evidente en el paciente en agonía, donde cualquier demora es excesiva y en el que la angustia y el sufrimiento del proceso alcanza también al entorno de allegados y cuidadores (lo que en el ámbito de los Cuidados Paliativos se entiende

como “unidad de cuidados”). En resumen, omitir los tratamientos que alivien el delirium agitado en un enfermo en situación de últimos días podría considerarse como una mala práctica difícil de justificar.

3. Sedación y aumento de la medicación ante la progresión de la enfermedad y los síntomas

La mayoría de enfermos oncológicos fallecen en una situación de pérdida de funciones superiores que se hace más evidente en la última semana¹⁴, sin que esto suponga una sedación en la agonía. En el tratamiento de los síntomas y de “los problemas” que provocan sufrimiento del enfermo avanzado¹⁵ (dolor, disnea, vómitos, ansiedad, depresión...) se emplean fármacos como opioides, benzodiacepinas, neurolepticos, etc. que pueden reducir e incluso suprimir el nivel de conciencia. A veces se asimilan, como si fuesen un mismo concepto, la sedación terminal y la administración progresivamente creciente de estos fármacos con indicaciones diversas pero con un efecto conocido, pero no pretendido directamente, de reducción del nivel de conciencia. De hecho, en el tratamiento de una mayoría de enfermos avanzados, probablemente también en muchas situaciones que se entienden como sedaciones en la agonía, lo que se encuentra es una progresión de los síntomas pareja al crecimiento tumoral y que ha ido requiriendo aumentar de manera paralela las dosis y/o añadir nuevos fármacos para aliviarlos. Todo ello en el contexto del propio deterioro del paciente, que le hace más susceptible a los efectos secundarios de estos fármacos¹⁶.

11 Breitbart, W., Alici, Y. “Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer”. *Journal of Clinical Oncology* 14, (2012), 1206-1214.

12 Desde el punto de vista ético, no se puede dar la misma valoración a una indicación que a una alternativa de tratamiento. En el ámbito médico se comprenden las situaciones de indicación (“lo que hay que hacer”, porque no hay otras alternativas razonables que ofrecer y porque la expectativa de beneficio supera ampliamente el riesgo de daño), las situaciones de contraindicación (“lo que no hay que hacer”, porque el riesgo de daño es mucho mayor que la expectativa de beneficio) y las situaciones de no indicación - no contraindicación. Estas situaciones se corresponden con las numerosas “zonas grises” de la Medicina donde se pueden plantear varias opciones, todas ellas legítimas, y donde se aprecian mejor las diferencias de criterio entre los profesionales.

13 “Apaciguar, sosegar, calmar” son las acepciones de sedar en el Diccionario de la Real Academia.

14 Fainsinger, RL., Waller, A., Bercovici, M., et al. “A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients”. *Palliative Medicine* 14, (2000), 257-265.

15 En ocasiones se entiende que el sufrimiento del enfermo terminal se debe a los síntomas, de modo que “si se controlan los síntomas se controla el sufrimiento”. Este formato es demasiado simplista ya que no todos los problemas del enfermo avanzado son “síntomas”. Los síntomas son percepciones de carácter subjetivo, es decir, apreciables únicamente por el paciente, como el dolor, la disnea... Pero el sufrimiento también se asocia a cuadros subjetivos más complejos, pluridimensionales, como la ansiedad o la depresión y a problemas con manifestaciones objetivas como los vómitos, la alteración de la imagen... Sin olvidar que para muchos la primera causa de sufrimiento son las limitaciones provocadas por la enfermedad: falta de autonomía, pérdida de trato social, “sentirse una carga”, etc.

16 Sanz Rubiales, A. “Sedación”. En: *Nuevo Diccionario de Bioética, 2ª Edición*. Simón Vázquez, C. Editorial Monte Carmelo, Burgos, 2012, 760-772.

Estas medicaciones (benzodiazepinas en la disnea, opioides en el dolor, neurolépticos en los vómitos...¹⁷) tienen como objetivo primario, directo, el alivio del síntoma, aunque se acepta un efecto “no deseado” de reducción del nivel de conciencia. La proporción entre el peso del objetivo deseado y el daño aceptable en el contexto de una situación terminal o de “últimos días” justificaría su empleo y encajaría en el principio clásico del doble efecto: a estos pacientes los fármacos no se les administran para abolir el nivel de conciencia sino para paliar síntomas y problemas reales y se considera que la expectativa de alivio sintomático compensa sobradamente los otros efectos esperados (como la reducción del nivel de conciencia...)¹⁸. A diferencia de la sedación propiamente dicha, en que se puede definir un momento concreto en que se decide y se prescribe, en que comienza la perfusión y también en que se alcanza la suficiente disminución del nivel de conciencia para el alivio de síntomas, en los casos de evolución progresiva, con un componente mixto de enfermedad, deterioro y efectos de los tratamientos, raramente se pueden encontrar unas referencias temporales tan precisas.

En todo caso, la diferencia más relevante está en la intención inmediata de los tratamientos. En la sedación en la agonía el objetivo primario es disminuir el nivel de conciencia, algo que resulta justificable y proporcionado para conseguir un bien mayor (evitar o suprimir el sufrimiento del enfermo) pero que no siempre es un bien en sí mismo. Igual que aliviar el dolor o la disnea es algo siempre positivo, el disminuir o abolir la conciencia a una persona (y con ello la autoconciencia, la capacidad de relación y de decisión...), aunque sea de manera transitoria, sólo se justifica en un contexto de beneficio mayor. La valoración bioética de esta si-

tuación no se adapta al principio del doble efecto (se alcanza un bien y se asume un daño proporcionado) ya que el primer efecto, es decir, reducir o abolir la conciencia, no es algo necesariamente bueno para la persona sino más bien lo contrario. En este escenario tiene más peso el también clásico principio terapéutico o de totalidad que valora el acto por el efecto esperado en el total de la persona¹⁹. Este es el principio que justifica el daño necesario que supone una intervención quirúrgica o, de manera más extrema, de una amputación porque de ese acto se espera para todo el paciente un bien objetivo y real de mucho más peso y, además, no se encuentran alternativas razonables para alcanzar ese bien con menos daño.

4. Conclusión

No todo lo que se plantea como sedación paliativa lo es²⁰, de acuerdo con la definición de la Guía de la SECPAL²¹. Hay situaciones clínicas donde el empleo de medicación paliativa con efecto sedante no es una alternativa para reducir el nivel de conciencia y así aliviar un sufrimiento severo refractario sino que forma parte de la buena práctica y se considera una indicación que sólo se podría omitir por motivos graves. Este es el caso del delirium hiperactivo o agitado (para muchos la primera causa de sedación en la agonía) y de los enfermos en que el necesario aumento de medicación paliativa en una situación de mayor deterioro y de incremento de los síntomas se asocia a una reducción progresiva del nivel de conciencia en los últimos días. Esta distinción de conceptos no es puramente nominalista. Es probable que estos casos (el tratamiento sedante de delirium hiperactivo en los últimos días o el incremento progresivo de las dosis de fármacos con efectos sedantes para alcanzar un buen control de síntomas) debieran tratarse de manera específica ya que, aun sin tratarse de sedación en la agonía, no están exentos de una carga ética.

17 Morrison, RS., Meier, DE. “Palliative care”. *New England Journal of Medicine* 350, (2004), 2582-2590.

18 De manera similar a lo que sucede en el caso del tratamiento del delirium hiperactivo, en esta situación de aumento progresivo del tratamiento paliativo no se suelen encontrar alternativas de tratamiento. Una vez que se evidencia el deterioro de las funciones superiores del paciente, rara vez se plantea a los cuidadores o a los allegados si están de acuerdo en continuar la misma actitud paliativa. En situaciones así no parece ético plantear retirar o reducir la medicación que se venía recibiendo, a pesar de que sea un factor más en el deterioro de las funciones superiores, porque supondría permitir un sufrimiento severo sin un beneficio pronóstico.

19 Bustamante, MA. “Limitación terapéutica y conflictos éticos. Proporcionalidad”. *Revista Argentina de Medicina Respiratoria* 3, (2006), 137-141.

20 Claessens y cols., *op.cit.* 4.

21 Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Médicos, *op.cit.* 1.

Si entendemos que estas situaciones clínicas en el enfermo en sus últimos días no son sedación en la agonía -aunque se administren tratamientos con efecto "sedante" a enfermos avanzados en situación de últimos días- es muy probable que la incidencia real del empleo de esta sedación sea mucho menor que lo que se publica. Para poder obtener una estimación real del empleo de sedación hacen falta nuevos estudios prospectivos que incluyan únicamente los casos de pacientes que realmente se adaptan a los criterios de la sedación, es decir, los casos con sufrimiento severo debido a problemas refractarios, con conciencia de su situación, que hayan podido satisfacer sus necesidades (sociales, familiares, espirituales) y dar su consentimiento y en los que la medicación con el objetivo inmediato de disminuir el nivel de conciencia se haya prescrito y administrado en un momento concreto.

Referencias

- breitbart, W., Alici, Y. "Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer". *Journal of Clinical Oncology* 14, (2012), 1206-1214.
- Bustamante, MA. "Limitación terapéutica y conflictos éticos. Proporcionalidad". *Revista Argentina de Medicina Respiratoria* 3, (2006), 137-141.
- Centeno, C., Sanz, A., Bruera, E. "Delirium in advanced cancer patients". *Palliative Medicine* 18, (2004), 184-194.
- Cherny, NI., Radbruch, L. "European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care". *Palliative Medicine* 23, (2009), 581-593.
- Claessens, P., Menten, J., Schotsmans, P., Broeckert, B. "Palliative sedation: a review of the research literature". *Journal of Pain & Symptom Management* 36, (2008), 310-333.
- Ellershaw, J., Ward, C. "Care of the dying patient: the last hours or days of life". *British Medical Journal* 326, (2003), 30-34.
- Fainsinger, RL., Waller, A., Bercovici, M., et al. "A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients". *Palliative Medicine* 14, (2000), 257-265.
- Guía... *Sedación paliativa*. Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Médicos, Pontevedra, 2012. https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedacion_paliativa_0.pdf (accedido el 10 de febrero de 2014)
- Kirk, TW., Mahon, MM. "National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients". *Journal of Pain & Symptom Management* 39, (2010), 914-923.
- Morrison, RS., Meier, DE. "Palliative care". *New England Journal of Medicine* 350, (2004), 2582-2590.
- Sancho Zamora, MA. "Sedación paliativa". *Medicina Paliativa* 20, (2013), 73-74.
- Sanz Rubiales, A. "Sedación". En: *Nuevo Diccionario de Bioética, 2ª Edición*. Simón Vázquez, C. Editorial Monte Carmelo, Burgos, 2012, 760-772.
- Verkerk, M., van Wijlick, E., Legemaate, J., de Graeff, A. "A National Guideline for Palliative Sedation in The Netherlands". *Journal of Pain & Symptom Management* 34, (2007), 666-670.